

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM**

SORAYA JEANINE FERREIRA PEREIRA

**O CUIDADO HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO
GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE:
PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DE ALGUNS
INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

**Florianópolis/SC
2014**

SORAYA JEANINE FERREIRA PEREIRA

**O CUIDADO HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO
GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE:
PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DE ALGUNS
INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentado para o Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para aquisição do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Dr^a. Ana Izabel Jatobá de Souza

**Florianópolis/SC
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

PEREIRA, SORAYA JEANINE FERREIRA
O CUIDADO HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU
POTENCIALMENTE GRAVE: : PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DE ALGUNS
INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM / SORAYA JEANINE
FERREIRA PEREIRA ; orientadora, Ana Izabel Jatobá de
Souza - Florianópolis, SC, 2014.
147 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. recém-nascido. 3. cuidado de
enfermagem. 4. humanização da assistência. 5. políticas
públicas. I. de Souza, Ana Izabel Jatobá. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO
EM ENFERMAGEM**

**O CUIDADO HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU
POTENCIALMENTE GRAVE: PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DE ALGUNS
INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Soraya Jeanine Ferreira Pereira

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: O cuidado e o processo de viver,
ser saudável e adoecer

Profa. Dra. Francine Lima Gelbcke

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado
em Enfermagem

Banca Examinadora:

Profa. Dra Ana Izabel Jatobá de Souza (Presidente)

Prof. Dra Evangelina Atherino Kotzias dos Santos (Membro)

Profa. Dra. Patricia Kuerten Rocha (Membro)

Profa. Dra Roberta Costa (Membro)

DEDICATÓRIA

À minha família, razão da minha existência!

AGRADECIMENTOS

Aos Recém-Nascidos (RNs) graves ou potencialmente graves que sempre foram foco de trabalho e muito amor em minha profissão! Uma vida doada a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Aos participantes dessa pesquisa, minhas eternas colegas de trabalho, que acreditaram nas minhas propostas e nas possíveis mudanças que a pesquisa poderia trazer.

À minha mãe, Maria Bernadete Cordeiro Ferreira, meu infinito agradecimento. Obrigada pelo amor incondicional!

Aos meus irmãos, Charles e Michel, meu agradecimento especial, pois, a seu modo, sempre se orgulharam de mim e confiaram em meu trabalho. Obrigada pela confiança!

Aos médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da Maternidade Carmela Dutra pela solicitude e solidariedade perante minhas dificuldades.

À Maternidade Carmela Dutra, pelo empenho, pelo interesse e incentivo na busca da capacitação de nós enfermeiros e nesse estudo.

À Gerente de Enfermagem, Jaqueline de Souza Brasileira Vieira, por ter me apoiado e confiado no benefício desse estudo.

À minha orientadora Ana Izabel Jatobá de Souza, por ter me dado forças no momento tão delicado da minha vida, por ter me auxiliado no crescimento e amadurecimento nesse grande desafio de criar! Obrigada pelo exemplo!

À minha segunda mãe e segunda avó dos meus filhos, Lúcia Giacomini Viezzer, falecida em fevereiro de 2014. Que me incentivou nessa loucura e me auxiliou diariamente com toda a minha família nessa trajetória. Minha eterna gratidão!

Não posso deixar de agradecer também duas grandes incentivadoras, que marcaram importante presença acadêmica em minha vida. Obrigado a Dra. Marisa Monticelli e Dra. Evangelina Atherino Kotzias dos Santos.

Aos meus filhos Arthur e Isabelly, luz da minha vida! Amor incondicional!

O meu maior agradecimento só poderia ser para ele: Sérgio Henrique Pereira, meu esposo, meu companheiro, meu melhor amigo e meu grande amor. Nos momentos mais difíceis que passei no último ano, ele esteve comigo me dando forças e me fazendo acreditar que no fim tudo daria certo. Sou grata pelos filhos maravilhosos, pela vida feliz ao teu lado, por cada gesto de carinho e compreensão, cada sorriso e pelo amor .

Obrigado meu Deus pela tua grandeza, pelo teu amor incondicional. Obrigado pelo carinho, pelo cuidado com minha família, por nunca desistir de mim, por me amparar em meus momentos tristes e de desespero. Sem você eu não conseguiria chegar ao final dessa jornada. Acabo realizando mais um sonho, afinal de contas eu lutei muito por tudo isso.

Às professoras do Mestrado Profissional pela dedicação, incentivo, apoio e ensino.

Aos membros da Banca de Qualificação, Dra. Evanguelia Atherino Kotzias dos Sanos, Dra Roberta Costa e a Mestre e colega Daniela do Vale Tafner, agradeço pelas contribuições e reflexões que serviram para enriquecer o trabalho.

Aos membros titulares da Banca de Sustentação, professoras Dra Evanguelia Atherino Kotzias dos Santos, Dra Patrícia Kuerten Rocha e Dra Roberta Costa agradeço imensamente pelas sugestões, contribuições e pela disponibilidade em participarem.

Agradeço muito a Dra Francine Lima Gelbcke, membro suplente da Banca de Sustentação e coordenadora do mestrado profissional, pela sua compreensão.

As minhas amigas Silvânia Dias Defrein, Luiza H. J. Farias, Jaqueline Soar Cavalheiro Locks e Simone Cardoso, por terem me apoiado, me dado força e incentivo quando eu em alguns momentos acabei fraquejando e precisando de colo.

À todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para o sucesso deste trabalho.

PEREIRA, Soraya Jeanine Ferreira. **O cuidado humanizado ao recém-nascido grave ou potencialmente grave:** percepções e contribuições de alguns integrantes da equipe de enfermagem. 2014, 147 folhas. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Izabel Jatobá de Souza

Linha de Atuação: O Cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial, com os objetivos de conhecer a percepção de alguns integrantes da equipe de enfermagem neonatal, sobre o cuidado humanizado do Recém-Nascido grave ou potencialmente grave, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização e estabelecer estratégias em conjunto com alguns integrantes da equipe de enfermagem neonatal que contribuam para a realização do cuidado humanizado a estes, de acordo com a orientação da Política Nacional de Humanização. O estudo foi desenvolvido na unidade neonatal de um hospital público, localizado no estado de Santa Catarina. Os participantes do estudo foram sete técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. O estudo atendeu aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, com o n. 20306513.9.0000.0121. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2014, e foi realizado em duas etapas. Na primeira, realizada por meio de entrevista semi-estruturada, para conhecer a percepção destes sobre a Política Nacional de Humanização e o cuidado humanizado realizado. As entrevistas subsidiariam parte das discussões realizadas na segunda etapa. A segunda etapa foi operacionalizada através de quatro oficinas com os integrantes da equipe de enfermagem, com o objetivo de suscitá-la à reflexão - crítica sobre o cuidado humanizado ao recém-nascido. O primeiro encontro teve como tema principal o levantamento do que os participantes entendiam por Política Nacional de Humanização, e como ela poderia contribuir para o cuidado humanizado neonatal. No segundo encontro foi realizado o levantamento do que os participantes entendiam por cuidado humanizado. No terceiro encontro, houve o levantamento das facilidades

e dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem para a realização do cuidado humanizado. O quarto encontro teve como objetivo a construção de estratégias que pudessem contribuir para a efetivação de um cuidado cada vez mais humanizado dentro da Unidade de Terapia Neonatal. Os resultados obtidos foram analisados através das etapas de: apreensão, síntese, teorização e recontextualização. Como resultados emergiram as seguintes categorias: conhecimentos e desconhecimento sobre a Política Nacional de Humanização e suas contribuições para o cuidado humanizado; significados do cuidado humanizado, dificuldades na implementação do cuidado humanizado: construindo propostas para sua superação. Foi evidenciado que os participantes pouco conhecem sobre a Política Nacional de Humanização, e desconhecem a sua importância para a promoção do cuidado humanizado. Quanto ao cuidado humanizado, os participantes apontaram aspectos que eles acreditam estar relacionados ao significado deste: maior disponibilização de tempo e mais tranquilidade para realização do cuidado, estrutura física adequada, modernização dos equipamentos, pessoal qualificado, mais atenção e suporte emocional aos pais, atenção ao manejo comportamental da dor do RN, maior atenção às necessidades fisiológicas, físicas e neurocomportamentais do RN e maior sensibilidade ao se colocar na posição do outro. Emergiram aspectos que dificultam a realização do cuidado humanizado como: estrutura física necessitando de adequações, materiais e equipamentos necessitando de uma maior supervisão, falta de pessoal e dificuldade de relacionamento com a gestão imediata e entre a equipe. Apontaram como sugestões: reforma, adaptação e ou ampliação da estrutura física, aumento do número de servidores, aquisição de material adequado, melhores condições de trabalho, uma gestão imediata mais atuante e acessível, a presença de uma equipe humanizada e integrada a uma gestão participativa. Conclui-se que a reflexão sobre o cuidado humanizado e a Política Nacional de Humanização permitiu que os profissionais da equipe de enfermagem identificassem como percebem o cuidado humanizado ao Recém-Nascido e sua família, bem como os fatores que facilitam ou dificultam o cuidado humanizado na atual conjuntura da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com intenção de provocar mudança na assistência.

Palavras-chave: Recém-nascido. Cuidado de enfermagem. Humanização da assistência. Políticas públicas.

PEREIRA, Soraya Jeanine Ferreira. **Humanized care of the newborn or potentially severe severe**: perceptions and contributions of some members of nursing team. 2014, 147 sheets. Dissertation (Professional Master) - Master in Professional Program in Nursing Care Management, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Advisor: Prof. Dr. Souza, Ana Izabel Jatoba de

Line of Activity: The Care and the process of living, be healthy and sick.

ABSTRACT

It is a convergent care research, with the objective to find the perception of some team members neonatal nursing, care about humanized Newborn serious or potentially serious, as recommended by the National Humanization Policy and establish strategies together with some team members neonatal nursing that contribute to the achievement of these humanized care, according to the guidance of the National Humanization Policy. The study was conducted in the neonatal unit of a public hospital in the state of Santa Catarina. The study participants were seven practical nurses and nursing assistants. The study met the ethical principles of human research and was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina, with n. 20306513.9.0000.0121. Data collection occurred during the period January to March 2014, and was conducted in two stages. The first, conducted through semi-structured interviews to know their perception about the National Humanization Policy and humanized care performed. Interviews subsidize part of discussions at the second stage. The second stage was operationalized through four workshops with members of the nursing team, aiming to raise it to reflection - criticism of humanized care to the newborn. The first meeting was the main theme of the survey participants understood by National Humanization Policy, and how it might contribute to the humanized neonatal care. At the second meeting, the survey was conducted in which participants understood by humanized care. At the third meeting, there was a survey of the facilities and difficulties encountered by the nursing staff for the realization of humanized care. The fourth meeting was aimed at building strategies that could contribute to the realization of an increasingly humanized care in the Neonatal Care Unit. The results were analyzed through the steps: collection, synthesis, theory and recontextualization. As a result the following categories emerged: knowledge and ignorance about the National Humanization Policy and its contributions to the humane care;

meanings of humanized care, difficulties in the implementation of humanized care: building proposals to overcome it. It was evident that participants know little about the National Humanization Policy, and are unaware of their importance for the promotion of humanized care. As for the humanized care, participants pointed aspects they believe is related to the meaning of this: greater availability of time and tranquility to perform more care, adequate physical infrastructure, modernization of equipment, qualified personnel, more attention and emotional support to parents, care the behavioral pain management RN, greater attention to physiological, physical and neurobehavioral needs of infants and greater sensitivity when putting in the other's position. Emerged aspects that hinder the realization of humanized care such as physical structure requiring adjustments, materials and equipment requiring more supervision, lack of personal and relationship difficulties with the immediate management and among staff. Pointed as suggestions: reform or adaptation and expansion of physical infrastructure, increasing the number of servers, acquisition of suitable material, better working conditions, a more active and accessible immediate management, the presence of a humanized and integrated team to a participatory management . We conclude that reflections on the humane care and the National Humanization Policy allowed the professional nursing staff identify how they perceive humanized care Newborn and your family as well as the factors that facilitate or hinder the humanized care in current situation of the Neonatal Intensive Care Unit, with intent to cause change in assistance.

Key words: Newborn. Nursing care. Humanization. Public policies.

PEREIRA, Soraya Jeanine Ferreira. **Atención humanizada del recién nacido o potencialmente grave grave**: percepciones y contribuciones de algunos miembros del equipo de enfermería. 2014, 147 hojas. Tesis (Maestría Profesional) - Master en Programa de Profesionales en Enfermería Gerencia de Atención, de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Consejero: Prof. Dr. Souza, Ana Izabel Jatoba de

Línea de Actividad: El Cuidado y el proceso de la vida, estar sano y enfermo

RESUMEN

Se trata de una investigación convergente asistencial, con el objetivo de encontrar la percepción de algunos miembros del equipo de enfermería neonatal, se preocupan por humanizado recién nacido grave o potencialmente grave, según lo recomendado por la Política Nacional de Humanización y establecer estrategias conjuntas con algunos miembros del equipo de enfermería neonatal que contribuyen a la consecución de éstos una atención humanizada, de acuerdo con la orientación de la Política Nacional de Humanización. El estudio se realizó en la unidad neonatal de un hospital público en el estado de Santa Catarina. Los participantes del estudio fueron siete enfermeros y auxiliares de enfermería práctica. El estudio cumplió con los principios éticos de la investigación humana y fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Santa Catarina, con n. 20306513.9.0000.0121. La recolección de datos ocurrió en el período enero-3 2014, y se realizó en dos etapas. La primera, llevada a cabo a través de entrevistas semi-estructuradas para conocer su percepción acerca de la Política Nacional de Humanización y cuidado humanizado realizado. Entrevistas subsidian parte de los debates de la segunda etapa. La segunda etapa fue puesto en práctica a través de cuatro talleres con miembros del equipo de enfermería, con el objetivo de elevar a la reflexión - la crítica de la atención humanizada al recién nacido. La primera reunión fue el tema principal de los participantes de la encuesta entendidos por la Política Nacional de Humanización, y cómo podría contribuir a la atención neonatal humanizada. En la segunda reunión, la encuesta se realizó en la que los participantes comprendan las atención humanizada. En la tercera reunión, hubo un estudio de las instalaciones y las dificultades encontradas por el personal de enfermería para la realización de la atención humanizada. La cuarta reunión tuvo como objetivo la construcción de estrategias que puedan contribuir a la realización de una

atención cada vez más humanizado en la Unidad Neonatal Care. Los resultados fueron analizados a través de las etapas: recolección, síntesis, la teoría y la recontextualización. Como resultado surgieron las siguientes categorías: el conocimiento y la ignorancia acerca de la Política Nacional de Humanización y sus contribuciones al cuidado humano; significados de atención humanizada, las dificultades en la implementación de la atención humanizada: construyendo propuestas para superarla. Era evidente que los participantes saben poco sobre la Política Nacional de Humanización, y no son conscientes de su importancia para la promoción de la atención humanizada. En cuanto a la atención humanizada, los participantes señalaron aspectos que creen está relacionado con el significado de esto: mayor disponibilidad de tiempo y tranquilidad para realizar más cuidado, la infraestructura física adecuada, modernización de equipos, personal calificado, más atención y apoyo emocional a los padres, la atención la RN manejo del dolor del comportamiento, una mayor atención a las necesidades fisiológicas, físicas y de comportamiento neurológico de los recién nacidos y una mayor sensibilidad a la hora de poner en la posición del otro. Surgió aspectos que dificultan la realización de una atención humanizada, como la estructura física que requieren ajustes, materiales y equipos que requieren más supervisión, la falta de dificultades personales y de relación con el tratamiento inmediato y entre el personal. Señaló como sugerencias: reforma o adaptación y ampliación de la infraestructura física, aumentando el número de servidores, adquisición de material adecuado, mejores condiciones de trabajo, un tratamiento inmediato más activo y accesible, la presencia de un equipo humanizado e integrada a una gestión participativa . Llegamos a la conclusión que las reflexiones sobre el cuidado humano y la Política Nacional de Humanización permitieron que el personal de enfermería profesional a identificar cómo perciben el cuidado humanizado del recién nacido y su familia, así como los factores que facilitan o dificultan la atención humanizada en situación actual de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con la intención de causar el cambio en la asistencia.

Palabras claves: Recién nacido. Cuidados de enfermería. La humanización. Las Políticas públicas.

LISTA DE SIGLAS

ASHA	Atendente de Enfermagem
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CPAP	Contiunous Positive Arway Pressure
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MC	Método Canguru
MCD	Maternidade Carmela Dutra
MPENF	Mestrado Profissional em Enfermagem
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCA	Pesquisa Convergente- Assistencial
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RN	Recém-Nascido
RNs	Recém-Nascidos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UCINC	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Neonatal
UTINs	Unidade de Terapia Neonatais

SUMÁRIO

1.Introdução.....	13
2.Objetivos.....	27
3.Revisão de Literatura.....	29
3.1 A Política Nacional de Humanização e a Unidade de Terapia Neonatal.....	29
3.2 O cuidado humanizado e a Enfermagem em UTIN.....	36
4. Referencial Teórico.....	45
4.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e suas contribuições para a Integralidade do cuidado.....	45
4.2 A Política Nacional de Humanização.....	50
4.3. Conceitos norteadores de acordo com a PNH.....	57
5. Percurso Metodológico.....	59
5.1. Tipo de estudo.....	60
5.2. Local de estudo.....	60
5.3 Participantes do Estudo.....	62
5.4. Coleta de Dados.....	63
5.4.1. Primeira Etapa.....	63
5.4.2. Segunda Etapa.....	64
5.4.3. Operacionalização do primeiro encontro....	65
5.4.4. Registro e organização das informações.....	66
5.5. Análise de Dados.....	67
5.6 Aspectos Éticos.....	68
6. Resultado e discussão.....	71
6.1 Primeiro Manuscrito: A Política Nacional de Humanização e as contribuições para o cuidado humanizado ao recém-nascido e sua família: a percepção de alguns integrantes da equipe de enfermagem.....	73
6.2 Segundo Manuscrito: O cuidado humanizado ao RN e sua família em UTIN: entre o ideal e o real em busca de caminhos para sua consolidação.....	95
8. Considerações Finais.....	117
Referências.....	125
Apêndices	

1 Introdução

No setor da saúde, conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2010), a preocupação com as questões relacionadas ao atendimento à população nos serviços de saúde contribuiu para o lançamento da Política Nacional de Humanização, em 2004. Tal política no momento de seu lançamento representou um avanço e grande desafio para os profissionais do Sistema Único de Saúde, pois em virtude desta necessidade e como forma de sua viabilização exigiu a valorização dos usuários, dos trabalhadores e gestores implicados no processo de produção de saúde. Esta valorização está imbricada no incentivo à autonomia desses sujeitos, além do aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde. A partir disso, iniciativas para a mudança em modelos de atenção e gestão de processos de trabalho, em diferentes instituições representantes do SUS, foram tomadas, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, compromisso com a ambiência, além de melhores condições de trabalho e de atendimento.

Entretanto, conforme Rosa e Fontana (apud REIS et. al., 2013), mesmo com oito anos de sua publicação, evidencia-se que a implantação da PNH em instituições de saúde ainda apresenta fragilidades, contribuindo para a continuidade dos problemas que incentivaram a sua criação. Dentre os problemas que interferem na prática da humanização nos serviços de saúde está a compreensão desta política pelos profissionais. Estudo realizado com técnicos em enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal mostrou que o conceito humanização está vinculado, principalmente, às boas relações entre os trabalhadores da unidade de cuidado.

De acordo com Lamy (apud SOUZA, FERREIRA, 2010), nos últimos dez anos, as iniciativas de humanização da assistência têm trazido ao debate a importância de se articular a qualidade técnica da atenção dispensada e as tecnologias de acolhimento e suporte aos pacientes. Estas iniciativas têm se apresentado em diversos campos de atenção, mas foram inicialmente implantadas no cuidado ao parto e ao recém-nascido. O método Mãe Canguru, originariamente proposto pelo Dr. Edgar Rey Sanabria no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, na Colômbia, em 1978 e adaptado para a realidade brasileira em 2000, é um exemplo da implantação do modelo de cuidado humanizado no campo neonatal. Este método promove atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso e gera um conjunto de ações na assistência que envolve o paciente, sua família e os profissionais de saúde.

Conforme o MS (apud OLIVEIRA, ORLAND, MARCON, 2011), a UTIN é um ambiente que necessita de uma atenção especial por ser repleta de fortes sentimentos e conflitos, que envolvem o ambiente e os integrantes do espaço, o recém nascido internado, os familiares e a equipe de profissionais. Cada um desses atores sociais apresenta grau de vulnerabilidade, necessidades particulares e específicas que devem ser adequadamente atendidas.

Segundo o MS (apud OLIVEIRA, ORLAND, MARCON, 2011), a assistência ao RN nessas unidades de cuidado tem passado por importantes transformações. Nesse contexto, algumas intervenções têm sido recomendadas e implementadas nas unidades neonatais para instrumentalizar o trabalho da equipe de saúde, tais como: a liberação de visitas de outros membros da família, a permanência dos pais junto ao filho internado, a implementação de grupos de apoio aos familiares, o método canguru, o incentivo à participação materna nos cuidados e na tomada de decisão do tratamento, dentre outras.

O cuidado humanizado é um conceito essencial e norteador das práticas em saúde a fim de prevenir a desumanização, caracterizada pelo não envolvimento, esquecimento, frieza de sentimentos e falta de compromisso (BRASIL, 2011b).

Para Rocha et. al. B (2011), as políticas de humanização hospitalar, assim como pressupostos teóricos defendidos em modelos de cuidado em enfermagem, defendem as estratégias de humanização como inerentes ao processo saúde-doença. Reforçam-se igualmente, pressupostos básicos como integralidade da assistência nos sistemas de saúde, comprometendo-se com a valorização do modo e o respeito a cidadania, nas múltiplas interfaces do cuidado humanizado.

Conforme Benevides e Passos (apud ROCHA et al B 2011), de modo complementar, mostra-se a necessidade do acolhimento ao imprevisível, o incontrollável, o diferente e singular, adotando práticas nas quais os profissionais e usuários do sistema considerem o conjunto de aspectos físicos, subjetivos e sociais, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de aproximação ao desconhecido e do reconhecimento de limites. Nesse sentido, foi criada pela Secretaria Executiva do MS do Brasil em 2003, a PNH que exigia articulação das ações e programas com foco na humanização, como por exemplo: o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Em 2007 aprova as Normas de Orientações para a implantação do Método Canguru e em 2012 surge a Rede Cegonha que define as Diretrizes e Objetivos para a Organização da Atenção Integral e Humanizada ao RN Grave ou Potencialmente

Grave e os Critérios de Classificação e Habilitação de Leitos de Unidade Neonatal no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Estas últimas tornaram-se essenciais como contribuição para a transformação dos modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde, estimulando as práticas de cogestão dos processos de trabalho e atendendo as demandas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. Quanto aos RNs os programas promovem a equidade, integralizam a assistência, dão enfoque na assistência multiprofissional e preconizam a atenção humanizada e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao RN.

São considerados RNs Grave ou Potencialmente Grave, de acordo com a portaria n.930 de 10 de maio de 2012, aqueles RNs de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO₂ maior que 30% (trinta por cento); recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e recém-nascidos críticos que necessitem de cuidados especializados, tais como: uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica ou FiO₂ maior que 30% (trinta por cento), transfusão de hemoderivados

Trabalhando há dezessete anos como enfermeira em uma UTIN de uma maternidade pública do sul do país, percebo que o cuidado prestado ao RN grave ou potencialmente grave é diferenciado, ou seja, alguns integrantes da equipe de enfermagem praticam um cuidado sob o enfoque médico biologicista e outros sob o enfoque biopsicosocial.

Para Schimith et al (2011), além desta visão simplista sobre a PNH, outro fator fragilizante da implantação desta é a permanência da prática biologicista e fragmentada de cuidado nos serviços de saúde, que ocorre tanto por parte dos profissionais, quanto pelos próprios usuários.

Precisamos ampliar a consciência em tentar reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem estar do RN, provocados pela dor, estresse, choro, inquietação, alterações fisiológicas e comportamentais, separação e isolamento dos pais, estrutura física inadequada, dentre outras. Acredito, pela observação diária que o RN Grave ou Potencialmente Grave é capaz de expressar suas necessidades e nesse momento a intervenção da equipe de enfermagem é importante. O RN é capaz de expressar suas necessidades quando: chora e se agita na incubadora, disparando os inúmeros alarmes nos oxímetros de pulso;

quando está inquieto e não consegue dormir; quando fica alerta por muito tempo e não consegue relaxar; quando chora e põe o dedo na boca como se sentisse falta da mãe; quando está em ventilação mecânica e fica agitado necessitando de urgência na aspiração; no choro de dor ao ser puncionado; nas crises de choro e irritabilidade ao ser colocado em *Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)*, ou seja, pressão positiva contínua nas vias aéreas; quando precisa de paciência para receber a dieta via oral por não ser capaz de coordenar a respiração, sucção e a deglutição; na necessidade e na maleabilidade e paciência para ser acordado inúmeras vezes na tentativa de ser colocado no seio materno; na dificuldade que eles apresentam para receber algumas soluções amargas via oral; entre outros fatores. No entanto, percebo que alguns integrantes da equipe de enfermagem não conseguem perceber do quanto é importante a intervenção cuidadosa nos momentos em que ele assim se apresenta.

Pelo fato de o RN não conseguir se expressar verbalmente e manifestar suas necessidades através das mudanças de comportamentos e características fisiológicas merecem maior atenção, tanto quanto consideração e respeito. Conscientizar-se desta realidade e sensibilizar-se no atendimento das necessidades deste ser, são essenciais para a promoção do cuidado humanizado.

Conforme Pedroso (apud FERREIRA, ROCHA, 2013), o cuidado humanizado é o resultado de um processo no qual se conjugam, de forma bastante estreita, sentimentos, valores, atitudes e princípios científicos com o objetivo de satisfazer os indivíduos nele envolvidos.

Com a implantação da PNH a necessidade de uma sensibilidade mais aguçada e de uma preocupação além da técnica, ficou mais evidente em todas as redes hospitalares do Brasil, principalmente em função de uma maior vigilância relacionada às diretrizes e objetivas propostas pela PNH, que prioriza o cuidado humanizado. Este fator acabou reforçando mais a minha intenção em realizar um cuidado cada vez mais qualificado e humanizado aos recém-nascidos (RNs) graves e potencialmente graves na UTIN da Maternidade, na qual exerço a minha profissão.

Desta forma, partindo da prática do meu cotidiano e dos exemplos citados acima, surgiram algumas inquietações diante da contradição que presencio entre o que é preconizado pela PNH, quando se refere ao princípio de conduta de base humanista e ética; política pública para a atenção e gestão no SUS; uma metodologia auxiliar para a gestão participativa e tecnologia do cuidado na assistência à saúde e algumas ações desenvolvidas por alguns integrantes da equipe de

enfermagem, que ainda mantem um caráter médico biologicista na assistência ao RN grave ou potencialmente grave.

A fim de tentar dirimir tais inquietações, o presente estudo, tem como questionamentos: qual o conhecimento de alguns integrantes da equipe de enfermagem sobre a PNH? Quais as estratégias apontadas por esses integrantes da equipe de enfermagem neonatal para contribuir com a prática do cuidado humanizado de acordo com a orientação da PNH? Acredito que este estudo contribua para a profissão e para a sociedade à medida que pretende melhorar a qualidade do cuidado prestado ao RN grave ou potencialmente grave. A PNH, como uma das iniciativas de humanização, propõe a gestão participativa e a educação, assim como configura um espaço de aprendizagem, limitações e novos arranjos no campo da Neonatologia.

2. Objetivos

Assim sendo, este estudo tem como **objetivos**:

- Conhecer a percepção de alguns integrantes da equipe de enfermagem neonatal sobre o cuidado humanizado do RN grave ou potencialmente grave, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização.
- Estabelecer estratégias em conjunto com alguns integrantes da equipe de enfermagem neonatal que contribuam para a realização do cuidado humanizado ao RN grave ou potencialmente grave de acordo com a orientação da Política Nacional de Humanização.

3. Revisão de Literatura

Na revisão de literatura buscou-se explorar a compreensão da temática abordada, esclarecendo aspectos pertinentes e conceitos acerca cuidado humanizado, UTIN, PNH e políticas públicas voltadas ao RN e a puérpera. Realizou-se pesquisa através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME/MEDLINE/LILACS) com aplicação dos descritores: cuidado humanizado em neonatologia, sensibilização do cuidado neonatal, UTIN, Método Canguru e Rede Cegonha, em português, espanhol e em inglês, no período de 2010 a 2013. A busca foi complementada em consultas às referências de artigos afins e indicações diversas, construindo-se desta forma a revisão narrativa da literatura. Portanto, esta é uma revisão de natureza narrativa para subsidiar teoricamente a investigação. Assim, abordo os seguintes tópicos: a PNH e a UTIN e o Cuidado humanizado e a Enfermagem Neonatal.

Segundo Tavares (2010), as **revisões narrativas** são bastante apropriadas para descrever a história ou desenvolvimento de um problema e seu gerenciamento, bem como para discutir o assunto do ponto de vista teórico ou contextual, estabelecer analogias ou integrar áreas de pesquisa independentes com o objetivo de promover um enfoque multidisciplinar. No entanto, as revisões narrativas não fornecem respostas quantitativas para questões clínicas específicas.

3.1. A Política Nacional de Humanização e a Unidade de Terapia Neonatal

Nos anos 80, momento no qual a resistência militar ainda era uma realidade, um novo contexto se instalava no Brasil. Iniciava a participação e luta dos cidadãos pela idealização do SUS (Sistema Único de Saúde), através do Movimento Sanitarista e das Conferências Nacionais de Saúde. As lutas e os movimentos garantiram na Lei a constitucionalização do SUS. O modelo de gestão ainda desconsiderava alguns indicativos constitucionais, desviando parte das verbas aprovadas para saúde, as relações de trabalho ainda eram precarizadas, os concursos públicos ainda estavam suspensos, não existiam planos de carreira, entre outros (ARCHANJO; BARROS, 2010).

O discurso da humanização ganhou legitimidade, quando o governo em maio de 2000, através do Ministério da Saúde, lhe deu status de política nacional a partir da edição de uma portaria que criou o Programa Nacional de “Humanização” da Assistência Hospitalar

(HUMANIZA SUS), onde o sujeito usuário dos serviços públicos de saúde é visto como um ser de direitos e autônomo (BRASIL, 2011b).

Instituída pelo MS em 2003, a PNH pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, tem o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e produção de sujeitos. A PNH é, portanto, uma política do SUS. Também chamada de HumanizaSUS, a PNH, emerge da convergência de três objetivos centrais: enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (BRASIL, 2011b).

A Lei 8.080/90, norma infraconstitucional reguladora do sistema, define o SUS com comando único em cada esfera de governo e colocou o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. No art. 7º o SUS, obedece aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 - II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 - III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
 - VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
 - VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
 - VIII - participação da comunidade;
 - IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990)

Arouca (apud PASCHE, PASSOS, HENNINGTON, 2011) já defendiam na 11ª Conferência Nacional de Saúde, que a reforma sanitária era muito mais do que um processo meramente tecnoburocrático ou gerencial na história da saúde pública brasileira; tratava-se de um marco na direção do aprimoramento de nossa experiência civilizatória. Em outras palavras: a construção do SUS teria como uma de suas consequências o aperfeiçoamento de nossa própria experiência como sociedade, então mais justa e solidária a partir da defesa de valores como democracia direta, controle social, universalização de direitos e humanização do cuidado. E ampliando a visão de saúde para além da assistência com a incorporação da promoção e prevenção e reconhecendo o cidadão não como simples cliente ou usuário, mas como sujeito. O aprimoramento do padrão de civilidade seria decorrência de um novo modo de ação na esfera pública, de um modo de fazer política pautada pela inclusão dos sujeitos, negociação orientada por princípios éticos e produção de um plano comum tomando por referência as diferenças entre sujeitos, movimentos sociais e o Estado. Movimento este muito diferente da tradição privatista e de exclusão do Estado brasileiro cujos efeitos levaram à construção de um dos sistemas de saúde mais injustos do planeta.

A PNH, é um pacto, uma construção coletiva que visa à integralidade, à universalidade, o aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização de saberes. Ela objetiva buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre profissional da saúde e usuário, entre os profissionais e hospitais e a comunidade, de modo a garantir o bom funcionamento do SUS (BRASIL, 2011b).

A operacionalização da PNH é essencial no alcance da percepção do cuidado pelo cuidador, através da troca de saberes, com o trabalho

em conjunto da equipe multiprofissional, com a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde, no reconhecimento e co-responsabilidade dos gestores, profissionais da saúde e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde (BRASIL, 2011b).

Como política, a humanização deveria traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. Era principalmente o modo coletivo e cogestivo de produção de saúde e de sujeitos implicados nesta produção que deveria orientar a construção da PNH como política pública (BENEVIDES, PASSOS, 2005, p.562).

De acordo com Varela (apud PASCHE, PASSOS, HENNINGTON, 2011), a PNH, ao mesmo tempo em que reconhece os desafios do sistema público de saúde, parte e aposta em um "SUS que dá certo", experimentado por uma vasta gama de serviços, equipes, trabalhadores e usuários. Estas experiências estão presentes em todo território brasileiro e informam sobre possibilidades reais e concretas de superação desses desafios. Assim, a humanização do sistema se apresenta não só como emergência de novas propostas, mas também como estratégia de valorização da experimentação do SUS que já se dá no dia-a-dia das práticas de gestão e de atenção à saúde, constituindo-se como instrumento de reencantamento do concreto. A valorização do cotidiano como elemento para a formulação de políticas públicas é também uma inovação na medida em que as políticas de saúde se originam em geral do aparato burocrático do Estado, tão afeito à normatização e à prescrição.

A PNH foi formulada a partir da sistematização de experiências do SUS, reconhecendo que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados. Isso contribuiu para a legitimação do SUS como política pública. De acordo com o Ministério da Saúde, nos últimos 20 anos, as políticas de saúde dirigidas às crianças possibilitaram uma série de avanços: a mortalidade infantil caiu 59,7%; a Estratégia de Saúde da Família teve sua cobertura duplicada, as consultas de pré-natal tiveram um aumento de 125%; a desnutrição diminuiu e a adesão à vacinação foi ampliada, bem como as taxas de aleitamento materno. Surgiu como resultado desse processo, a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência – Orientações para gestores e profissionais de saúde, que tem como foco a adoção de uma ação contínua e permanente de atenção às vítimas de violência, desde o

acolhimento e atendimento, até a notificação e seguimento para as redes de cuidados e proteção social. As ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (BRASIL, 2011b).

O MC no Contexto das Políticas de Saúde, é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado e sua visão trouxe uma mudança do paradigma da atenção perinatal, onde as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos. A atuação começa numa fase prévia ao nascimento de um bebê pré-termo e ou de baixo-peso, com a identificação das gestantes com risco desse acontecimento. Nessa situação, a futura mãe e a sua família recebem orientações e cuidados específicos a serem prestados a eles e ao bebê. O suporte psicológico é prontamente oferecido. Com o nascimento do bebê, inicia-se a primeira etapa do MC e, onde durante a permanência na UTIN ou na Unidade de Cuidados Intermediários, especial atenção é dada no sentido de estimular a entrada dos pais na unidade e estabelecer contato pele a pele com a criança, de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável (BRASIL, 2011a).

Trabalha-se o estímulo à lactação e a participação dos pais nos cuidados do bebê. A posição canguru é proposta sempre que possível e desejada. Na segunda etapa, quando existe estabilidade clínica da criança, ganho de peso regular, segurança materna, interesse e disponibilidade da mãe em permanecer com a criança o maior tempo desejado e possível, o MC é realizado pelo maior período que ambos considerarem seguro e agradável. A terceira etapa ocorre com a alta hospitalar, onde seguimento ambulatorial criterioso do RN e de sua família é realizado. O acompanhamento do MC, desde a primeira fase, é realizado por uma equipe multidisciplinar capacitada na metodologia de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (BRASIL, 2011a).

Em 2012 foi criada a RC que é uma estratégia do MS, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito a: ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal, transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto, vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto - “Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”, Realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção, acompanhante no parto, de livre escolha da gestante,atenção à

saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011a).

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do auto cuidado (BRASIL, 2011b).

Para Costa et. al. 2010, no campo específico da qualidade da atenção neonatal, estratégias que possam garantir o acesso a práticas assistenciais adequadas e baseadas nas melhores evidências disponíveis são urgentes e prioritárias. Em vários países, as redes colaborativas neonatais têm se consolidado com o objetivo de melhorar a efetividade e a eficiência da assistência neonatal, por meio de programas coordenados de pesquisa, educação e projetos de melhoria da qualidade. Neste contexto, a preocupação com a qualidade de vida e com os aspectos éticos que envolvem a sobrevivência de prematuros extremos é um desafio bastante significativo nos países desenvolvidos e deve ser da mesma forma, objeto de reflexão sistemática e abrangente em nosso meio. Cabe destacar a necessidade de revisão das práticas assistenciais que cercam o parto e o nascimento, num movimento que abarque variadas estratégias de humanização. Garantir as boas práticas de atenção obstétrica e neonatal e resgatar o parto e o nascimento como momentos especiais e de grande valor social para as mulheres, seus bebês e suas famílias, são elementos centrais naquilo que se convencionou chamar de “movimento de humanização”. É importante considerar que as práticas neonatais no atendimento de recém-nascidos de risco, além de influenciadas por este contexto, vivem, assim como outras áreas da terapia intensiva, um momento de intensa reavaliação.

A abrangência da PNH alcançou o âmbito hospital de atendimento à infância e adolescência, em especial as Unidades de Terapia Intensiva. De acordo com Buarque, Lima, Scoth (apud SILVA, 2010), no sistema hospitalar, a UTIN, é o local destinado ao atendimento de RNs de alto risco, estes são entendidos como aqueles que tenham maiores chances de morrer durante ou logo após o parto, ou que apresentem um problema congênito ou perinatal que necessite de uma intervenção imediata por uma equipe preparada para sustentar a complexidade das atividades desenvolvidas, bem como minimizar angústias e apreensões de familiares e/ou pessoas próximas.

Para Victor et. al. (apud, SILVA, 2010) a UTIN é um ambiente caracterizado por uma constante expectativa de situações de emergência,

com pacientes sujeitos a mudanças súbitas no estado clínico, atividades constantes, luzes, ruídos e aparelhagem estranha, sendo estes os fatores que tornam o ambiente estressante para os que convivem e trabalham nestas unidades. Sendo assim, têm mobilizado os profissionais a buscar um cuidado pautado na singularidade da clientela e nos aspectos relacionados ao desenvolvimento integral do RN e sua família.

Neste âmbito encontramos os investimentos nas políticas de humanização do cuidado. Portanto, a rede de humanização em saúde é uma construção permanente de laços de cidadania, de um modo de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas (BRASIL, 2004).

Conforme Deslandes e Mitri (apud NETO et. al., 2013) a humanização da assistência é entendida como um conjunto de diretrizes e princípios que afirmam a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de corresponsabilidades; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde, dos usuários e dos trabalhadores; e o compromisso com a ambiência, com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Para Deslandes (apud ORTONA, FORTES, 2012) o conceito de “humanização da assistência” carece de uma definição mais clara, sendo geralmente empregado para designar uma forma de assistência que valoriza a qualidade do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais.

No âmbito neonatal, a humanização do cuidado preconiza várias ações propostas pela PNH e estão voltadas conforme Lamy (apud SILVA, 2010), e são voltadas para o respeito às individualidades, à garantia de tecnologia que permita a segurança do recém-nato e o acolhimento ao bebê e sua família, com ênfase no cuidado voltado para o desenvolvimento e psiquismo, buscando facilitar o vínculo mãe-bebê durante a sua permanência no hospital e após a alta.

Neste panorama, Santana et. al. (apud SANTANA et. al., 2012), afirmam que a humanização do cuidado é uma necessidade que exige repensar sobre o modo como tem sido empregada, principalmente no que tange aos serviços prestados pela equipe de enfermagem na assistência em UTI.

De acordo com Waldow (apud NETO, RODRIGUES, 2010, p. 114), o cuidar não se limita apenas ao aspecto teórico, a realização de uma tarefa ou procedimento; engloba atitudes que possibilitam atender o outro com dignidade humana. “[...]é um processo que envolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psíquico, buscando a promoção, manutenção e ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana.”

Nesse aspecto, de acordo com Neto e Rodrigues (2010), ao cuidarmos do RN, não devemos tratá-lo como objeto do como fazer, mas perceber que esse ser frágil e indefeso é uma pessoa, e como tal deve ser com dignidade humana. Nesse sentido, cuidar do ser RN humano, resgata a sensibilidade e a intuição do cuidador de perceber o outro em toda a sua integralidade.

Portanto, na UTIN o cuidado de enfermagem deve estar voltado às necessidades do RN Grave e ou Potencialmente grave e sua família, desenvolvendo uma proposta centrada na família, encorajando-os ao envolvimento afetivo e no cuidado de seu filho. Os princípios da humanização e da integralidade devem ser respeitados, como eixo central da atenção à saúde. Isso implica trabalho em equipe, continuidade no cuidado, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade.

Para o MS (apud COSTA, MONTICELLI, 2006), o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbidade e mortalidade materna e perinatal. Humanizar o atendimento ao RN significa, entre outros, ter segurança técnica da atuação profissional, eficácia na atenção ao neonato, condições hospitalares compatíveis com o período neonatal, oferta de condições para participação da família do neonato no processo assistencial, aliados à necessidade da atenção individualizada .

3.2 O Cuidado Humanizado e a Enfermagem Neonatal

É importante enfatizar que a palavra humanização pode ser entendida como a maneira de ver e considerar o ser humano a partir de uma visão global, buscando superar a fragmentação contida no processo de cuidar. Um dos aspectos que envolvem uma prática dessa natureza está relacionado ao modo como lidamos com o outro. Assim, isto implica em fazermos a diferença no modo nos relacionamos com o outro, tratando-o com dignidade e respeito, valorizando seus medos,

pensamentos, sentimentos, valores e crenças, estabelecendo momentos de fala e de escuta (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Para Souza e Ferreira (2010) apud Reis et. al. (2013) a humanização do cuidado está representada pela expressão olhar como um todo, diferente, o que significa cuidar para além de procedimentos técnicos e fortalece a compreensão de que o cuidado apesar de ter especialidade precisa ser realizado, pelo profissional, com um olhar mais complexo, holístico, que seja capaz de considerar o sujeito cuidado como ser humano.

Para Costa e Padilha (apud REIS et. al., 2013) o relacionamento da equipe multiprofissional com o usuário pode evoluir para o estreitamento do vínculo a partir do momento em que a família se sente compreendida e com suas necessidades atendidas. Na UTI neonatal a interação do profissional de saúde com os pais deve acontecer de modo a permitir maior compreensão, por parte dos pais, sobre este mundo, pois isso contribui para o sucesso do tratamento e o enfrentamento da hospitalização da criança. Nesta relação os profissionais de saúde têm a oportunidade de mudar a perspectiva centrada na doença para uma abordagem centrada na experiência da criança e da família, tornando-se presentes, interessados e preocupados com elas e, assim, formam um vínculo de cumplicidade.

De acordo com Trentini, Pain e Vasques (2011), a experiência dos profissionais de enfermagem vêm se modificando pelo agir em cuidado no âmbito da promoção da saúde. As políticas públicas tornaram-se políticas em humanização à medida em que o cuidado profissional, antes tão formal e distante pelas separações de saberes técnicos e saberes populares, rendem-se à proximidade intencional entre esses saberes ora entendidos como poderes na promoção da saúde em abordagens cada vez mais compreensivas e humanizadas. A comunicação de «mão dupla» (diálogo) entre profissionais e usuários baseia-se na crença de que o usuário e o profissional são pessoas iguais na sua essência humana, portanto não é compatível com uma relação autocrática de nenhuma das partes.

Segundo Merhy (apud TRENTINI, PAIN, VASQUES, 2011), o acolhimento como um processo receptivo e dialógico continuado entre os trabalhadores da saúde e os usuários, por certo está constituindo assim, uma relação humanizada. Vínculo significa ligação moral, responsabilidade. Criar vínculos é o mesmo que criar relações estreitas a ponto de se sensibilizar com os problemas dos outros; é desenvolver um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador, de modo a facilitar a autonomia do usuário.

Para Trentini, Pain e Vasques (2011), acreditam que a humanização tem como diretriz o acolhimento que vem sendo pensado como arte de interagir, construir algo em comum, descobrir nossa humanidade mais profunda na relação com os outros e com o mundo natural (sentimentos, emoções, intuições e subjetividades).

Concordando com Deslandes (apud TRENTINI, PAIN, VASQUES, 2011), a humanização representa um conjunto de iniciativas; todas visam a produção de cuidado em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural ao paciente, espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários. A gestão humanizada abrange uma política de co-participação na decisão, o que se expressa pela valorização da tecnologia da escuta de maneira a levar em conta a opinião dos trabalhadores nas decisões, seja qual for sua posição na instituição, o que facilitará o trabalho humanizado de cuidar.

As autoras Trentini, Pain e Vasques (2011), afirmam que a humanização em gestão da enfermagem, no cenário da promoção da saúde, redonda em qualificação das suas práticas, o que engloba: providenciar ambiência favorável ao desenvolvimento de relações humanizadas pela valorização dos trabalhadores e usuários; planejar o cuidado integral e equânime com responsabilização, acolhimento e vínculo; fomentar o trabalho em equipe multiprofissional; incentivar a formação de grupos de estudos envolvendo os profissionais de enfermagem e de outras áreas; estimular a educação permanente dos profissionais de enfermagem não só em relação à parte técnica, mas também no que se refere à dimensão subjetiva dos profissionais face aos sentimentos e autoconhecimento individual e coletivo.

E sugerem conforme Hoga (apud TRENTINI, PAIN, VASQUES, 2011), que para estabelecer uma relação humanizada, os profissionais precisam estar capacitados a identificar e responder às próprias necessidades e, reconhecer que o autoconhecimento é fundamental para desenvolvimento de cuidado humanizado.

Humanizar passa a ser responsabilidade de todos! Para Chernicharo, Silva e Ferreira (2011), esse contexto é que o enfermeiro possui uma ferramenta singular que pode ter mais influência sobre o cliente do que qualquer medicamento ou terapia: ele mesmo. Para tanto, faz-se necessário uma autoanálise que constitui um aspecto essencial para ser capaz de fornecer os cuidados de enfermagem terapêuticos, como a autoconsciência, esclarecimento dos valores, exploração dos sentimentos, senso de ética e responsabilidade. Captar o cuidado no seu

sentido mais amplo: como ser, como se expressar, como se relacionar consigo mesmo, com o outro e com o mundo são questões que devem ser discutidas e refletidas entre todos os profissionais que buscam, através da enfermagem, aplicar os preceitos da humanização.

Os profissionais que atuam em UTIN, de acordo com Leite e Villa (apud SOUZA, FERREIRA, 2010) convivem com diversos fatores desencadeadores de desgastes, tais como a dificuldade da aceitação da morte, a escassez de recursos materiais e de recursos humanos e a tomada de decisões conflitantes relacionadas com a seleção dos pacientes que serão atendidos. Estes são alguns dos dilemas éticos e profissionais que geram tensão entre os profissionais e acabam por influenciar, negativamente, a qualidade da assistência prestada aos usuários.

Para Rizotto (CORBANI, BRÊTAS, MATHEUS, 2009) discutir “humanização” na enfermagem é falar de seu instrumento de trabalho: o cuidado, que “se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência constitui-se em uma atitude humanizada”, apoiando o cuidado numa relação inter-humana.

No âmbito da UTIN a percepção da equipe de enfermagem frente ao cuidado humanizado ao RN grave ou potencialmente grave pode ser útil para a compreensão de como este se dá na realidade, levantando as dificuldades para a realização do mesmo e na discussão de como superá-las, servindo de estímulo e comprometimento do cuidado humanizado e de qualidade. Sabe-se que a sensibilização da equipe é essencial para que o cuidado humanizado aconteça.

Sensibilizar-se é tornar-se capaz de sentir, de receber facilmente as sensações externas. É tornar-se emotivo. É indispensável aprender a cuidar melhor do ser humano, mas cuidar em todas as suas dimensões, não só cuidar de seu corpo, escutar seu coração. É também necessário cuidar de sua alma, promover a busca da felicidade (ROLIM; CARDOSO, 2006). Sensibilização é tornar sensível, comover e impressionar. A sensibilização pode influenciar para uma nova postura da equipe do cuidado na UTIN, ocasionando mudanças no modo de percepção do RN grave ou potencialmente grave e de sua família.

Entendendo o cuidado como uma relação recíproca de trocas e sensações entre a equipe e o RN, estão presentes as emoções, as crenças, valores e saberes de ambos os sujeitos. Para podermos lidar com o outro, precisamos ser capazes de nos relacionar, compartilhando ideias, pensamentos, vivências e sentimentos.

O verdadeiro cuidado humano prima pela ética, enquanto elemento impulsionador das ações e intervenções pessoais e

profissionais constituindo a base do processo de humanização. Já a humanização requer, em suma, a prévia formulação de políticas organizacionais e sociais justas que considerem os seres humanos e seus direitos (FONSECA, et al, 2010).

Em virtude do acelerado processo técnico e científico no contexto da saúde, a dignidade da pessoa humana, com frequência, parece ser relegada a um segundo plano. A doença, muitas vezes, passou a ser o objeto do saber reconhecida cientificamente, desarticulada do ser que abriga e no qual ela se desenvolve. Então, para começarmos a caminhar em direção à humanização dos cuidados de saúde, é importante acreditar no agir ético e perceber o ser humano como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados. (BACKES et al, 2005)

Para Waldow (ROCHA et. al., A 2011) o cuidado está embutido nos valores, que independente do enfoque, prioriza a paz, a liberdade, o respeito, o amor entre outros aspectos.

Para Dalbosco (2006), a compreensão do conceito de cuidado considera que o mesmo contenha uma postura ética, de responsabilidade do ser humano em relação à integralidade de sua vida e com a perspectiva de mundo como totalidade.

O cuidado para Simsem e Crosseti (2004) compreende a intersubjetividade daqueles que lhe dão concretude, logo, realizando-se o cuidado em diferentes dimensões, conclui-se que ele é determinado pelo ambiente em que acontece.

Ambiente/mundo cujos construtos referem-se a tecnologias e técnicas, aos seres humanos que nele e com ele coabitam profissionais, pacientes e familiares, dentre outros elementos necessários à organização e à implementação das ações de cuidar/cuidado (SIMSEM; CROSSETI, 2004, p.233).

O cuidado de enfermagem em ambientes de UTINs deve focar o ser humano de forma holística, sendo necessário aliar a tecnologia ao cuidado humanizado.

A tecnologia se faz necessária no processo de cuidar, mas o cuidar em Enfermagem também deve ser aprimorado e lapidado todos os dias. A receptividade da equipe de enfermagem para sensibilizar-se em enxergar o RN de risco ou prematuro como um ser biopsicossocial, é fundamental. Assim, é importante que o profissional esteja atento a situações como o toque no RN, pois este poderá acarretar várias mudanças no seu estado, proporcionando bem estar e segurança; a dor sentida quase que diariamente com os processos invasivos, a luz e o

barulho provocam estresse, tanto quanto a separação dos pais e a hospitalização ameaçam a sua integridade. Para isso, a equipe de enfermagem precisa assumir uma posição ética de respeito ao prematuro, de acolhimento do desconhecido, do imprevisível, do incontrolável, do diferente e singular, e de reconhecimento de limites.

Portanto, é fundamental que o cuidador em enfermagem tenha incorporado em sua prática a sensibilidade, a integralidade em seu sentido amplo, pois o RN é um ser frágil e instável hemodinamicamente. A equipe precisa acreditar e incorporar esta nova abordagem, fundamentada na integralidade do ser e buscar uma mudança da percepção relacionada à humanização do cuidado prestado. Por isso, há necessidade da educação permanente da equipe que cuida em UTIN.

Atualmente se reconhece a importância da equipe de saúde promover a ligação afetiva entre o neonato pré-termo e seus pais, no intuito de diminuir os efeitos negativos da internação neonatal para ambos e aumentar o senso de responsabilização dos pais com relação à recuperação de seu filho. Tal ligação também foi enfatizada pelos profissionais entrevistados como um dos pontos positivos em se humanizar a assistência (SILVA, ARAÚJO, TEIXEIRA, 2012).

A equipe de saúde pode favorecer a formação desses laços afetivos utilizando alguns recursos como: facilitar os contatos iniciais dos pais com neonato, antes mesmo que ele seja admitido na unidade neonatal; dando informações sobre para onde o neonato será encaminhado, os cuidados que ele receberá e o direito de visitá-lo sempre que desejarem; incentivá-los a tocar e conversar com o neonato; explicar sobre os equipamentos e tratamentos que o neonato está utilizando; não dificultar a sua entrada na unidade; tornar o ambiente acolhedor; permitir que participem dos cuidados com o neonato sempre que possível; escutar com atenção o que eles têm a dizer, esclarecendo dúvidas e aliviando preocupações e iniciar o Método Mãe Canguru assim que possível (CRUVINEL, PAULETTI, 2009).

Concordando com Benevides e Passos (2005), quando afirmam que

“a humanização como política pública deveria criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalhar em equipe. Isto supõe, é claro, lidar com necessidades, desejos e interesses destes diferentes atores”.(BENEVIDES, PASSOS, 2009. p. 562-563)

Indo mais além, os clientes dos serviços de saúde devem ser considerados como elementos significativos no processo de cuidar. Esse

conjunto de normas e diretrizes políticas construídas pelo MS buscam a aproximação entre quem cuida (profissionais) e quem é cuidado (os clientes do SUS).

Na gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional.

Em contrapartida, outros conceitos foram associados ao cuidado humanizado.

Cuidar é mais que um ato; uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização com o outro (BOFF, 2004,p.33, grifo do autor). Sem o cuidado o ser humano deixa de ser humano. Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define, perde o sentido e morre (BOFF, 2004, p.34).

Waldow (2007) comenta que o cuidado humano é uma atitude ética em que seres percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Pessoas se relacionam numa forma de promover o crescimento e o bem-estar umas das outras. A humanização pode ser reconhecida como um aspecto político, uma diretriz para o cuidado e como fenômeno social individualizado. Na concepção do MS, a humanização funciona como um dos princípios a serem seguidos em prol da qualidade do cuidado. Na abordagem de Boff (2004), a humanização é essencial, pois o autor considera o cuidado algo ontológico e próprio do ser humano.

O cuidado humanizado não é uma técnica ou artifício, mas uma vivência a perpassar toda atividade dos profissionais com propósitos de oferecer e realizar o melhor tratamento ao ser humano. Consiste na compreensão e na valorização da pessoa, considerando acima de tudo que haja sensibilização por parte da equipe com relação à problematização da realidade (BACKES, *et al*, 2005).

É importante ressaltar que para fazer dar certo todo o processo de humanização do cuidado é importante que sejam seguidos as diretrizes do acolhimento, gestão participativa e cogestão, ampliação da clínica, fomento de redes de valorização do trabalho e trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, ambiência, construção de memória dos processos de mudança. O exercício destas diretrizes deve sempre interrogar sobre modos de fazer, o que, na perspectiva da PNH, implica a inclusão dos

sujeitos, de coletivos, de analisadores sociais e na produção multi-interessada de novas realidades (PASHE, 2009).

A mudança na percepção do cuidado da equipe de enfermagem neonatal depende da mudança no modo de pensar e agir do cuidador, de maneira a valorizar a vida e promover a materialização da PNH. Essa política do cuidado requer um contínuo exercício na promoção de saúde, no respeito à visibilidade da humanização em todos os espaços do cuidado, gestão, educação, pesquisa e entidades profissionais de enfermagem, configurando assim um núcleo formado pela comunicação dialógica, responsabilização, integralidade, capacitação, acolhimento, vínculo, equidade, cidadania, democracia e ética.

4. Referencial teórico

Este estudo terá como Referencial Teórico as diretrizes do SUS e a PNH, que servem de base para as ações voltadas para humanização e as políticas com este propósito.

(...) os referenciais teórico metodológicos, ou seja, os instrumentos lógico-categoriais nos quais se apoia para conduzir o trabalho investigativo e o raciocínio. Trata-se de esclarecer as várias categorias que serão utilizadas para dar conta dos fenômenos a serem abordados e explicados. Muitas vezes essas categorias integram algum paradigma teórico específico, de modo explícito. Outras vezes, trata-se de definir bem as categorias explicativas de que se precisa para analisar os fenômenos que são objetos de pesquisa (SEVERINO, 2007, p. 131).

4.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e suas contribuições para a Integralidade do cuidado

Em fins da década de 1960, desenvolve-se na América Latina uma forte crítica aos efeitos negativos da medicalização. Os programas de medicina comunitária propõem a desmedicalização da sociedade, com programas alternativos de autocuidado da saúde, com atenção primária realizada por pessoal não profissional e a valorização da medicina tradicional (Brasil, 2011c).

Nos anos 70, surgiram os primeiros projetos piloto de medicina comunitária e o “Movimento de Reforma Sanitária” que se baseavam nas oposições políticas e técnicas contra o regime militar, alicerçados no Movimento Democrático Social. Nesta mesma época houve uma crise na Previdência Social, baseados nas repercussões do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Brasil, 2011c).

A década de 1980 inicia-se com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modo oficial de atenção à saúde caracterizam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização. Ao mesmo tempo, o agravamento da crise da Previdência Social, em 1981, resultou no lançamento do chamado

“pacote da previdência”, que previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e a intervenção na área da assistência médica da Previdência Social. Foi nesse contexto que teve origem o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). (Brasil, 2011c).

O CONASP, criado em setembro de 1981, pelo Decreto n. 86.329 da Presidência da República, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, deveria operar como organizador e racionalizador da assistência médica e procurou instituir medidas moralizadoras na área da saúde, como, por exemplo, a Portaria n. 3.046, de 20 de julho de 1982, que estabeleceu parâmetros assistenciais, visando disciplinar o atendimento médico-hospitalar dos hospitais conveniados e da rede pública e que se corporificou no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (Brasil, 2011c).

Nos anos 80, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população (BRAVO, 2001).

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas temáticas e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2001).

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito

social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001).

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O temário central versou sobre: A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial (BRAVO, 2001).

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma (BRAVO, 2001). A conferência trouxe a inclusão do “Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde” (SUDS), caracterizado como convênio entre o INAMPS e governos brasileiros e estaduais.

A Constituição de 1988 definiu a saúde como “direito de todos e dever do estado”, surge nesse momento “engatinhando” o Sistema Único de Saúde. Em 1990 cria-se a “Lei Orgânica da Saúde” que define como principal característica do SUS o controle social baseado na participação da população dentro da gestão dos serviços públicos. Portanto, o SUS é um processo social em permanente construção, ou seja, ele se recria a cada momento histórico participativo que ocorre no país, passando por reformas do Ministério da Saúde, CONASS e Conselho Nacional de Secretária Municipal de Saúde (Brasil, 2011c).

Um SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde. Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2011b).

No percurso de construção do SUS, acompanhamos alguns avanços e alguns problemas que necessitaram de um novo aperfeiçoamento do sistema. O Brasil por ser marcado com uma desigualdade social e econômica muito grande, desafia os serviços de saúde com a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e bens de saúde e a ampliação do processo de corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar. A esses problemas acrescentam-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2011 b).

O despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe e a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, é o que mais chama a atenção em relação à avaliação dos serviços de saúde. Surge, então, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS (BRASIL, 2011b).

Por humanização o SUS entende: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Portanto, é proposta do SUS que trabalhadores, gestores e usuários comprometam-se com a humanização em todas as suas instâncias, programas e projetos, com uma pactuação democrática e coletiva fortalecida (BRASIL, 2011b).

Por princípio entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde. São eles: transversalidade, indissociabilidade e protagonismo.(BRASIL, 2008)

A *transversalidade* enfatiza o aumento do grau de comunicação intra e intergrupos, a transformação dos modos de relação e comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção da saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (BRASIL, 2011b).

A *indissociabilidade* entre atenção e gestão focaliza na alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho; a inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho (BRASIL,2011b).

Quanto ao *protagonismo, corresponsabilidade e autonomia* dos sujeitos e dos coletivos, se enfatiza que o trabalho implica na produção de si e do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais; e as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas no processo de gerir e cuidar. Enfim, promover o envolvimento de outros segmentos e tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde (BRASIL, 2011 b).

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Entre os avanços e conquistas, pode-se facilmente destacar que há um SUS que dá certo, pois está presente em todo território nacional, possui inovações na organização e oferta das práticas de saúde, permitindo as ações de promoção e prevenção, e ações de cura e reabilitação. O SUS vem produzindo impacto na qualidade de vida do brasileiro, impacto com a reorganização da rede de atenção à saúde e tem propiciado a produção de cidadania, envolvendo e corresponsabilizando a sociedade na condução da política de saúde, criando um sistema de gestão colegiada com forte presença e atuação de conferências e conselhos de saúde. (BRASIL, 2011b, p.4). O SUS é uma conquista de uma sociedade que busca justiça social, integralidade, acesso igualitário e universal aos serviços de saúde. É uma política de Estado, em processo dinâmico de reorganização e estruturação. É considerada uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas (ROCHA, BOCHI, JULIANI, 2011, p.123).

Integralidade significa aplicar subjetividade e intersubjetividade no cuidado e na tecnologia utilizada para cuidar. Igualmente quer significar a organização das práticas profissionais, do trabalho e das políticas públicas em saúde, possibilitando a escuta do profissional e da população. Implica na recusa do reducionismo, na objetivação dos sujeitos e na abertura do diálogo (BRASIL, 2011b). A integralidade em

saúde quer ainda significar uma mudança de paradigma ao colocar os usuários como sujeitos de sua própria história (GOMES, PINHEIRO, 2005).

Conforme Rocha, Bocchi, Juliani (2011, p.124) algumas facetas da integralidade devem ser enumeradas no contexto do SUS:

- Integralidade no sentido de enxergar o usuário como ser complexo, não fragmentado, inserido num contexto social, num processo contínuo de interações com o meio e com os outros. Visão holística que fundamenta o modelo biopsicossocial.
- Integralidade entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. Garantia da comunicação e do acesso entre os distintos setores (referência e contra referência).
- Integralidade na regulação do acesso, trabalhando com redes de serviço e não de forma piramidal, permitindo o acesso de acordo com a necessidade populacional. Adequando a oferta de recursos e serviços à demanda apresentada e não o contrário.
- Integralidade no sentido de focar a promoção da saúde e a prevenção das doenças, não apenas a assistência.
- Integralidade como visão ampliada dos conceitos de saúde e de cuidado.
- Integralidade tecendo redes sociais, por meio do estabelecimento de vínculo com unidade de saúde e comunidade.
- Integralidade dos saberes no contexto do trabalho em equipes multiprofissionais. (ROCHA, BOCHI, JULIANI, 2011, p.124)

4.2 A Política Nacional de Humanização

A PNH ou HumanizaSUS surge, como uma política que engloba as iniciativas já existentes no SUS, de forma a aproximá-las e potencializá-las, partindo de algumas experiências já existentes no modelo do SUS, visando ampliar a discussão sobre o conceito de humanização, tendo como princípio a indissociabilidade entre a atenção e gestão (FREITAS, 2011).

A PNH está interligada à gestão do trabalho e apresenta estratégias que propõem a valorização e o crescimento profissional, a

participação da equipe de enfermagem nos processos de discussão, além de preconizar a gestão participativa e educação permanente aos cuidadores.

A PNH - Humaniza SUS tem ainda diretrizes que orientam suas ações e dispositivos que atualizam tais diretrizes por meio de ações, arranjos, tecnologias que disparem movimentos de mudança. As diretrizes da PNH são orientações gerais que expressam o método da inclusão de gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde através de: clínica ampliada; co-gestão/fomento das grupalidades, coletivos e REDES; acolhimento; valorização do trabalho e do trabalhador; defesa dos direitos do usuário e a construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2011b).

A clínica ampliada deve ser entendida como uma das diretrizes impostas pelos princípios do SUS. A universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde obrigam a modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. A modificação das práticas de cuidado se faz no sentido da ampliação da clínica.

As propostas da clínica ampliada é o compromisso com o sujeito e não só com a doença; reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos; afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se co-produzem na relação que estabelecem; busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde; aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares; fomento da co-responsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social) e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2011b).

Podemos dizer então que a clínica ampliada é: um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores (intersectorialidade); e reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas – tarefa muito difícil para esses profissionais, e buscar outros conhecimentos em diferentes setores e assumir um compromisso ético profundo (BRASIL, 2011b).

A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores (BRASIL, 2011b).

Os serviços de saúde têm três objetivos finalísticos: a produção de saúde, a realização profissional e pessoal dos trabalhadores e a sua própria reprodução enquanto política democrática e solidária, isto é, que inclui a participação de trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, em um pacto de co-responsabilidade. Surge então, a gestão participativa (BRASIL, 2011b).

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2011b).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2011b).

No processo de trabalho em saúde tem se ressaltado que as instituições devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, e também espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nessas instituições/serviços: gestores, trabalhadores e usuários. O trabalho é o que está definido de forma prescritiva para ser executado pelos diferentes profissionais, mas também e, principalmente, o que efetivamente se realiza nas situações concretas de trabalho. Inclui, portanto, o esforço que se despende no cotidiano profissional, para o trabalhador dar conta dos acordos e pactos realizados com o gestor e com os companheiros de trabalho, em função das necessidades dos usuários (BRASIL, 2011b).

Para dar conta da realidade complexa do trabalho, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a pensar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho, de forma a atender os diversos contextos específicos. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir. Gerir junto com os outros (BRASIL, 2011b).

É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e inclui-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. Os usuários de

saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta. Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social (BRASIL, 2011b).

O SUS reconhece que os usuários são portadores de direitos na saúde, os quais perpassam tanto a gestão do sistema (sistema colegiado de gestão do SUS e de seus serviços), como a relação clínica e da saúde coletiva. Reconhecer direitos requer a percepção do estatuto de sujeitos das alteridades (individuais e coletivas), cujas referências e patamares foram consensuados e pactuados como relações sociais. Os direitos dos usuários – estatuto ético-político – devem pautar e marcar a organização dos processos de trabalho e orientar as práticas clínicas e de saúde coletiva. Além disto, pressupõe a construção de contratos de corresponsabilização, síntese entre "mandato social dos trabalhadores da saúde" e os "direitos dos usuários", polos antinômicos. Dessa forma, a tensão entre direitos e deveres dos usuários toma o lugar da construção compartilhada do cuidado, que significa reconhecer direitos e mandatos sociais, os quais se atualizam na construção de cuidado singular (PASCHE, 2009).

Dentro da PNH surgem propostas fundamentadas nos princípios da humanização e assistência, para melhorar os cuidados prestados as mulheres, crianças e RN graves ou potencialmente graves. Estas propostas estão fundamentadas nas Normas de Orientação para a Implantação do MC e na RC.

De acordo com a Portaria Número 1.683, de 12 de julho de 2007, adotam o MC como estratégia para contribuir para a promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família. (BRASIL, 2011a)

O MC é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social, e tem no contato pele a pele, uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. (BRASIL, 2011a)

A adoção do MC visa fundamentalmente uma mudança de atitude na abordagem do recém-nascido de baixo peso, com necessidade de hospitalização. O MC vem aprimorar a atenção perinatal. Estarão aptas ao MC as gestantes de risco para o nascimento de crianças de baixo peso, RNs de baixo peso e mãe, pai e família do RN de baixo peso (BRASIL, 2011a).

No MC, existem atribuições da equipe de saúde: orientar a mãe e a família em todas as etapas do método, oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos, encorajar o aleitamento materno, desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição, desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar, participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção, orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, para garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado (BRASIL,2011a).

As vantagens do método são muitas, destacam-se: o aumento do vínculo mãe-filho; a redução do tempo de separação mãe-filho; a melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso, estimulação do aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração; um controle térmico adequado ao RN; favorecimento a estimulação sensorial adequada do RN; contribuição para a redução do risco de infecção hospitalar; redução do estresse e da dor dos RN de baixo peso; um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar e contribui para a otimização dos leitos de UTIN e de UCIN devido à maior rotatividade de leitos. (BRASIL, 2011a)

Durante a implantação do MC, os pais e a família do RN devem ser acolhidos na UTIN, recebidos pela equipe de saúde e esclarecidos sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da UTIN. Os pais devem ser estimulados ao livre e precoce acesso dentro da unidade, sem restrições de horário.

Durante o processo, a equipe deve estimular sempre que possível o contato com o bebê, dar suporte durante a amamentação, estimular e assegurar a participação do pai e da família em todas as atividades desenvolvidas na UTIN como importantes moduladores para o bem-estar do bebê. Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências, garantir e assegurar a permanência da puérpera na unidade hospitalar, oferecendo o suporte assistencial necessário (BRASIL, 2011a).

Quanto ao RN deve-se garantir a diminuição dos níveis de estímulos ambientais adversos da UTIN, tais como odores, luzes e ruídos, adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais

comunicadas pelo RN, garantir ao RN medidas de proteção do estresse e da dor e utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento (BRASIL, 2011a).

Já a RC é uma estratégia do MS, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças tem direito a: ampliação do acesso; acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto - “Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”; realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção; acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2012).

Essa rede de cuidados assegura às: as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério; as crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimentos saudáveis. Tem como objetivos: um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

Na Portaria Número 930, de 10 de maio de 2012, se definem as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

No Art. 3º dessa portaria, são diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; promoção da equidade; integralidade da assistência; atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; atenção humanizada; e estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

No Art. 4º definem-se os objetivos da atenção integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: organizar a Atenção à Saúde Neonatal para que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade; garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, por meio da melhoria da

organização do acesso aos serviços e ampliação da oferta de leitos em unidades neonatal; induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido, que deverá ultrapassar exclusivamente a preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS; induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves no SUS (BRASIL, 2012).

No Art. 6º as Unidades Neonatais são divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (BRASIL, 2012).

No Art. 7º O número de leitos de Unidades Neonatal atenderá ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1000 (mil) nascidos vivos poderão ser contratados 2 (dois) leitos de UTIN, 2 (dois) leitos de UCINCo e 1 (um) leito de UCINCa (BRASIL, 2012).

§ 1º A UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo, de forma anexa ou como subconjunto de leitos de uma UCINCo.

§ 2º O conjunto de leitos de Cuidados Intermediários (UCINCo e UCINCa) será composto de 2/3 de leitos de UCINCo e 1/3 de UCINCa.

No Art. 11. As UTIN deverão cumprir os seguintes requisitos de Humanização: controle de ruído; controle de iluminação; climatização; iluminação natural, para as novas unidades; garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai; garantia de visitas programadas dos familiares e garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia (BRASIL, 2012).

A PNH tem o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e gestão da saúde, por meio do fortalecimento da humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão (BRASIL, 2011b).

Diante das iniciativas de humanização, a assistência neonatal torna-se um campo muito rico de aprendizagem sobre as potencialidades, os limites da proposta de humanização e os ajustes realizados na prática de uma assistência humanizada (SOUZA, FERREIRA, 2010).

O cuidado de enfermagem neonatal deve estar voltado às necessidades do RN e sua família, a partir do qual se desenvolva uma

proposta de formação de vínculo ou envolvimento afetivo e cuidado humanizado entre RN/ família e equipe de enfermagem. Esse cuidado deve ser pleno e verdadeiro, sincero e motivador, ou seja, humanizado em todo o seu contexto.

A PNH por ser uma política pública, assume novas nuances que acredito que vão favorecer e potencializar o entendimento e análise dos objetivos propostos nesse trabalho, ou seja, auxiliar no processo de produção de conhecimentos, para a compreensão do que acontece no cotidiano.

4.3. Conceitos norteadores de acordo com a PNH

-Humanização- o documento base do Ministério da Saúde (MS) sobre a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008) assume, entre outras diretrizes, que a Humanização deve ser vista como política que transversaliza todo sistema: das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares; implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos

-Cuidado Humanizado- o cuidado humanizado, de acordo com o MS (BRASIL, 2011a) reúne estratégias de intervenção bio-psico-social. Ele se propõe a facilitar a aplicação de uma tecnologia que leve em conta a integralidade do ser humano que está sendo cuidado mediante condutas como acolhimento, respeito à individualidade e cuidados especiais com os laços afetivos que se desenvolvem neste momento.

- Profissional da Equipe de enfermagem Neonatal- entendo como profissional da equipe de Enfermagem Neonatal, o sujeito que possui conhecimento técnico-científico para prestar atendimento qualificado ao RN internado e sua família. Esse ser humano é considerado um ser biopsicossocial, ou seja, um ser mais naturalista, evolucionista, experimental e qualitativo. Um ser capaz de transformar a sua realidade, pela reflexão da sua prática.

- RN Grave ou Potencialmente Grave- a Portaria Número 930, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012), caracteriza os recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO₂ maior que 30% (trinta por cento); recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; recém-

nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e recém-nascidos críticos que necessitem de cuidados especializados, tais como: uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica ou FiO₂ maior que 30% (trinta por cento), transfusão de hemoderivados.

5. Metodologia

5.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial de abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento, supondo um contato direto e prolongado do mesmo com o ambiente e a situação que está sendo investigada, normalmente por meio de um trabalho de campo. Tem como referencial metodológico a Pesquisa Convergente- Assistencial (PCA), proposta por Trentini e Paim (2004).

A PCA fundamenta-se na identificação de que os problemas de pesquisa surgem da prática profissional e visa identificar pontos vulneráveis ou perceber potencialidades que contribuam para a proposição de soluções adequadas e dirigidas a um contexto específico, seja na assistência, na educação ou na gerência. Por esta razão, esta modalidade de pesquisa sempre requer o envolvimento do pesquisador com as questões-problema advindos da prática. O compromisso da PCA está em indicar inovações para o cuidado de enfermagem e de saúde, articulando os envolvidos do contexto a ser pesquisado numa relação de cooperação mútua, de forma a promover a integração teoria e prática, o pensar e o fazer, com a finalidade de renovar esta mesma prática (TRENTINI; PAIM, 2004).

Este tipo de pesquisa não se aplica somente a fenômenos/objetos de pesquisa em enfermagem. Ele pode ser utilizado em diversas áreas de conhecimentos, em especial na área da saúde. Caracteriza-se como uma abordagem qualitativa, pois incluem, necessariamente, variáveis subjetivas na interação entre pesquisador e participantes da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA, em seu processo operacional, destaca os espaços de interseção entre o processo de cuidar/educar ou gerenciar, com o de pesquisa, os quais precisam ocorrer simultaneamente, favorecendo a imersão gradativa do pesquisador no contexto pesquisado, e permitindo interpretações e descoberta de vazios ao longo do processo. O pesquisador intervém, a pesquisa por si intervém, o que implica que essa modalidade sempre envolve ações de assistência, de educação ou de gerência, mesmo que o enfoque seja entender ou descrever algum aspecto do problema (TRENTINI;PAIM, 2004).

A PCA se constitui em uma modalidade nova de pesquisa, na qual sua relevância está diretamente ligada à constituição do saber da profissão de enfermagem e ao fortalecimento da identidade profissional.

Na PCA, o cenário da pesquisa envolve a ação prática dos sujeitos envolvidos no estudo. Trentini e Paim (2004, p.73) enfatizam que “[...] a escolha do espaço físico da pesquisa depende do enfoque da pesquisa”.

Enfim, neste estudo a PCA foi escolhida como referencial teórico porque o tema surge da prática profissional cotidiana do pesquisador, ou seja, das necessidades observadas e reconhecidas pela maioria das pessoas atuantes na situação; o pesquisador se compromete com a participação das ações incentivando o maior número de membros da equipe para participar em todo o processo de pesquisa; a PCA estabelece vários e diferentes métodos e técnicas de coleta e análise de informações; o pesquisador se compromete na resolução ou minimização de problemas, fornecendo respostas ao problema de pesquisa.

5.2. Local de estudo

O estudo foi desenvolvido na UTI Neonatal da Maternidade Carmela Dutra, da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. A escolha do local foi direcionada a esta maternidade, em função de eu desenvolver minhas atividades como enfermeira na instituição há 17 anos em UTIN e pelo objetivo do Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem em responder a uma necessidade socialmente definida e vivenciada nesse local de trabalho.

A maternidade foi inaugurada em 3 de julho de 1955, em razão do aumento crescente do índice de natalidade e mortalidade infantil em Florianópolis. Hoje dispõe de 112 leitos destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico, oncológico e neonatal. O total de atendimento geral na Maternidade é em média de 41.000 pacientes/ano, sendo que destes, 3.585 são de nascimentos.

No que se refere à assistência obstétrica, é referência terciária para o Estado de Santa Catarina e presta atendimento à gestante de alto e risco habitual, tanto a nível hospitalar como ambulatorial. Em relação ao atendimento ginecológico, assiste mulheres que necessitam de cirurgias (histerectomias, colpoperineoplastias, etc.) e também consultas ambulatoriais.

Na área de oncologia-ginecológica, assume posição de destaque, prestando assistência interdisciplinar e humanizada. Constitui-se em um serviço de referência no Estado, com atuação a nível ambulatorial e hospitalar. Atende mulheres portadoras de câncer ginecológico tais como: mama, colo uterino, útero, vulva, ovário, entre outros.

O Serviço de Ambulatório desenvolve ações nas diferentes especialidades, destacando-se: saúde do adolescente, planejamento familiar, pré-natal de risco habitual e alto risco, cirurgia, ginecologia, patologia cervical, mastologia, climatério, reprodução humana, oncologia ginecológica e puericultura para os recém-nascidos de alto risco durante o primeiro ano de vida. Todos os anos, cerca de 3,6 mil bebês nascem na instituição, conforme destaca o diretor da unidade, Ricardo Maia Samways. São 13,8 mil consultas ambulatoriais, 20,6 mil consultas de emergência e 7 mil internações anuais.

Possui o Serviço de Medicina Fetal para diagnóstico e tratamento das doenças fetais intra-uterinas, que juntamente com o serviço de gestação de alto risco e UTI Neonatal, mantém os índices de mortalidade neonatal e materna compatível com dados de países desenvolvidos.

Conta ainda com o Serviço de Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno desde 1979, sendo pioneiro no Estado de Santa Catarina. Além de coletar, processar e distribuir leite materno, é responsável pelas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Em 1992, o Ministério da Saúde, reconheceu a Maternidade Carmela Dutra como Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher. Posteriormente em 03 de julho de 1996, recebeu do UNICEF/OMS e Ministério da Saúde o Título de Hospital Amigo da Criança, título mantido até hoje. E em 2013, recebeu o prêmio nacional Dr. Pinotti de Hospital Amigo da Mulher.

O Serviço de Neonatologia é referência no atendimento aos recém-nascidos. Possui Alojamento Conjunto para os RN sadios e UTIN e UCIN para os RNs que nascem acometidos por algum problema que necessite de intervenção e ou observação. A UTIN tem cadastrado dez leitos de atendimento para UTIN e catorze leitos para o cuidado intermediário (UCIN), distribuídos em cinco salas, sendo uma delas para quando houver necessidade de isolamento.

A equipe de enfermagem é composta por oito enfermeiros, vinte e quatro técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem e dois atendentes de enfermagem (ASHA) em desvio de função. Estes atendentes, sem o plano de cargos e salários, continuam mantidos na escala, porque já realizaram o curso de auxiliar de enfermagem. Cada plantão possui uma enfermeira e cinco ou seis técnicos e ou auxiliares (conforme distribuição da escala). A equipe de saúde ainda conta com médicos, fisioterapeuta e escriturários. Recebe apoio de fonoaudióloga, nutricionista e assistente social quando necessário.

Os RNs internados são procedentes de todo o Estado de Santa Catarina e as principais causas de internação são: prematuridade, baixo peso ao nascer, desconforto respiratório, doenças congênitas e má-formação, infecção perinatal, entre outros. A taxa de ocupação é alta (conforme registros da MCD), sendo que o tempo de internação varia de acordo com cada caso. A maior parte das internações acontece por prematuridade e baixo peso, anomalias congênitas, hipoglicemia, sepse e distúrbios hidroelétrólíticos, entre outros. O Recanto da Mamãe é um local destinado à amamentação de bebês que recebem atendimento na UTIN, facilitando o contato diário entre eles. A unidade também possui uma Central de Registros de Nascidos Vivos implantado em 2001, fornecendo a certidão de nascimento antes das crianças saírem da maternidade.

A Maternidade Carmela Dutra ainda conta com o Projeto Acolher, que faz parte da Humanização da Assistência em UTIN, promovendo encontros semanais com as mães de RNs internados nessa unidade. Esse projeto tem como objetivo escutar as necessidades das mães e discutir o tratamento dos RNs graves ou potencialmente graves.

5.3 Participantes do Estudo

Os participantes do estudo foram alguns integrantes da equipe de enfermagem da UTIN, que atuavam junto aos RNs internados. Os critérios de inclusão se constituíram: possuir qualquer tempo de formação, atuar como funcionário do quadro efetivo do setor, aceitarem participar do estudo e pertencer ao período noturno, atuar por mais de um ano na função e na unidade escolhida. O estudo foi direcionado aos integrantes da equipe de enfermagem do período noturno porque a maioria da equipe desse período trabalha há mais tempo na UTIN e possuem uma maior vivência em neonatologia (mais de dez anos); enquanto no período diurno, grande parte dos integrantes da equipe, tem menos de um ano de admissão e pouca vivência em neonatologia, podendo estreitar as contribuições para o estudo. Os critérios de exclusão: desvio de função, estar de licença e/ou férias no período da coleta de dados, estar em caráter provisório na unidade cobrindo o setor, pertencer ao período vespertino ou matutino, atuar menos de um ano na unidade escolhida e aqueles que não aceitarem participar.

Desta forma, participaram deste estudo sete técnicos de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem, todas do sexo feminino. É importante salientar que a totalidade não se apresentava em todos os

momentos, sendo que o número de participantes variou durante as etapas deste estudo.

5.4. Coleta de Dados

Por se tratar do Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, no momento de elaboração do projeto de pesquisa, a proposta foi apresentada informalmente à equipe, buscando aproximação, motivação, participação, comprometimento, perspectiva de mudanças e parceria na realização do estudo.

De acordo com Bonetti, Silva e Trentini (2013) a PCA foi o tipo de pesquisa que permitiu utilizar diferentes técnicas de coleta de dados a partir da própria prática assistencial, juntamente com os depoimentos dos participantes, transformando-os em resultados da pesquisa. Considerando que a PCA permite a integração de vários métodos, estratégias e técnicas, o estudo foi realizado com a utilização de abordagem qualitativa, mas também utilizando abordagem quantitativa, especialmente na análise das mudanças anatomofisiológicas percebidas nos integrantes do programa. Essa possibilidade de integração de métodos e técnicas de coleta de dados foi uma das grandes vantagens no estudo efetuado. Essa coleta de dados foi realizada em duas etapas.

5.4.1. Primeira etapa

A primeira etapa da coleta de dados foi realizada no mês de janeiro/2014, por meio de entrevista semi-estruturada (Apêndice 1), com seis profissionais da equipe de enfermagem do período noturno (cinco técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem), sorteados aleatoriamente. A entrevista seguiu um roteiro com perguntas abertas, relacionadas ao conhecimento e percepção destes sobre a PNH e o cuidado humanizado realizado.

Esta modalidade de entrevista parte de tópicos relacionados ao tema da pesquisa, sendo que, à medida que acontece a interação entre entrevistado e entrevistador, surge a oportunidade de aprofundar e focalizar o assunto conforme o tema da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

O tempo de entrevista variou entre sete e trinta minutos, sendo realizada no horário de trabalho dos participantes, em uma sala reservada do Centro de Estudos da própria instituição. As entrevistas foram gravadas em áudio com a anuência dos participantes e posteriormente transcrito. Dois, dos seis entrevistados, se negaram a ser

áudio gravados, o registro da mesma foi realizado manualmente. A identificação dos entrevistados foi realizada através de letras do alfabeto.

Objetivou conhecer as divergências apontadas pelas entrevistadas quanto ao entendimento da PNH e como ela poderia contribuir para o cuidado humanizado na UTIN, identificando problemas, diferentes condutas, e buscando caminhos e sugestões para superar as dificuldades encontradas em seu dia a dia. As entrevistas foram analisadas de forma preliminar e serviram de subsídios para o segundo momento, ou seja, o desenvolvimento dos encontros, que constituiu a prática educativa.

As entrevistas serviram de subsídios para o segundo momento. O levantamento dos dados das entrevistas, juntamente com o referencial teórico utilizado para guiar o estudo, baseado na Política Nacional de Humanização, foi fundamental para novas compreensões para a investigação e a operacionalização dos encontros educativos.

5.4.2. Segunda etapa:

Na segunda etapa da coleta de dados foram realizados quatro encontros educativos com a equipe de enfermagem do período noturno. Os encontros aconteceram: um no mês de janeiro/2014 (com a participação de três técnicos de enfermagem- A, B, C e um auxiliar de enfermagem- D), dois no mês de fevereiro/2014 (o primeiro com três técnicos de enfermagem- C, E, F e o segundo com dois técnicos de enfermagem- G, B e um auxiliar de enfermagem- D) e um no mês de março / 2014 (com sete técnicos de enfermagem- A, B, C, E, F, G, H e um auxiliar de enfermagem- D). O tempo de duração dos mesmos girou em torno de 60 a 75 minutos. O objetivo desses encontros foi promover e fomentar a reflexão crítica sobre valores, experiências e práticas relacionadas à PNH e o cuidado humanizado. Através do diálogo e reflexão, foram definidos caminhos e consensos.

Os temas trabalhados nos encontros foram: o levantamento do que os participantes entendiam por PNH, e como ela poderia contribuir para o cuidado humanizado na UTIN; o que os participantes entendiam por cuidado humanizado; as facilidades e dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem para a realização do cuidado humanizado e a construção de estratégias que pudessem contribuir para a efetivação de um cuidado cada vez mais humanizado dentro da UTIN.

No intuito de viabilizar a operacionalização dos encontros, foram definidas algumas etapas para dar seguimento aos mesmos:

1. Acolhimento. Consistia na preparação do ambiente e acolhimento dos participantes.
2. Sensibilização. Sensibilização de um espaço coletivo e aconchegante, onde através da dinâmica de grupo, se tentou promover a sensibilização para os temas a serem trabalhados e a interação dos participantes.
3. Validação. Era apresentado aos participantes o tema que seria trabalhado e os elementos que foram pontuados nas entrevistas. Era realizado uma síntese e validados consensos oriundos da reflexão e da discussão grupal.
4. Contextualização. Era o momento no qual se estabelecia o contexto do tema que estava sendo trabalhado. Os participantes interpretavam e analisavam a contextualização do tema. Em alguns momentos foram esclarecidos alguns questionamentos que acabaram surgindo nas discussões do grupo.
5. Integração. Horário do Lanche Coletivo oferecido pela pesquisadora.
6. Finalização. Discussão de propostas e avaliação dos encontros. Eram definidas algumas estratégias e situações para serem trabalhados nos encontros seguintes.

5.4.3. Operacionalização do Primeiro Encontro (Exemplo)

Apresento a seguir uma síntese do desenvolvimento do primeiro encontro para exemplificar a viabilização da mesma. Este encontro foi realizado no dia 30/01/2014, no horário das 20h30min as 21h48min, na sala do Centro de Estudos da própria instituição.

1. Acolhimento. Foi realizado organização do ambiente e do material, a pesquisadora recepcionou os participantes. Participaram desse encontro três técnicos de enfermagem (A, B, C) e um auxiliar de enfermagem (D) . Foi realizado alguns esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, orientações sobre as dinâmicas dos encontros e TCLE.
2. Sensibilização. Foi realizada uma dinâmica de grupo "Chupa aê", tentando divertir e estimular o trabalho em equipe. Nesta dinâmica nenhum dos participantes conseguiu concluir que só poderiam desembrolhar a bala e colocá-la na sua boca, se houvesse a colaboração dos outros participantes. A seguir os participantes demonstraram como se sentiram durante a dinâmica. Concluíram que o trabalho em equipe é essencial para o cuidado humanizado prestado ao RN e seus familiares, embora

não tivesse passado pela cabeça deles que necessitariam da ajuda de outro participante para conseguir desembulhar a bala. A dinâmica acabou gerando risos, porque muitas tentaram desembulhar a bala com a boca e com os cotovelos.

3. Validação. A pesquisadora apresentou o tema direcionado ao que os participantes entendiam por PNH e como ela poderia contribuir para o cuidado humanizado. Foi apresentado ao grupo um quadro com os dados das entrevistas e principais pontos que necessitavam ser aprofundados e discutidos sobre o entendimento da PNH e a sua contribuição para o cuidado. Foi questionado se todas concordavam com a proposta apresentada, e o aceite pelo grupo foi unânime. Foi discutido com o grupo o pouco conhecimento da PNH e suas implicações

4. Contextualização. Foi realizada uma explanação sobre o contexto da PNH e suas implicações no cuidado humanizado e questões levantadas nas entrevistas. A explanação deu início a um debate reflexivo com todos os participantes. Foi proposto ao grupo, fundamentado neste material, responder alguns questionamentos de forma oral, para que pudessemos avaliar o aprendizado.

5. Integração. Pausa para o lanche.

6. Finalização. Foi questionado com os participantes se eles conheciam a PNH e suas contribuições para o cuidado humanizado. Todos responderam negativamente e refletiram sobre a questão. Foi questionado, após a explanação sobre a PNH, se a PNH poderia contribuir para o cuidado humanizado? Todos os participantes responderam afirmativamente e refletiram sobre a questão. A seguir foi realizada avaliação oral do encontro e foi aberto espaço para sugestões ou depoimentos. Foi realizado os agradecimentos e encerramento.

5.4.5. Registro e Organização das Informações

A PCA é bastante difícil para o pesquisador registrar tudo que ocorre envolvendo ao mesmo tempo pesquisa e assistência, por isso é recomendado lançar mão de técnicas mistas de registros, assegurando assim o maior montante de informações; as mais utilizadas tem sido as gravações e registros em diário de campo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para o registro das principais atividades, os encontros foram gravados em áudio com a anuência dos participantes e posteriormente transcritos em um diário de campo, o qual continha uma síntese dos relatos e observações, feitas durante e após os encontros.

5.5. Análise de Dados

Seguindo as autoras Trentini e Paim (2004) a análise será realizada a partir das seguintes etapas: apreensão, síntese, teorização e recontextualização.

De acordo com Trentini e Paim (2004), a análise simultânea e junto com a coleta de informações, requer, antes de tudo, organização dos relatos das informações em ordem cronológica e a devida identificação dos participantes.

A apreensão iniciou com a coleta de informações e transcrição das mesmas. Após esta fase, surgiu a codificação a partir da qual devem ser formadas categorias que consistem num conjunto de expressões com características similares ou que possuam uma estreita relação (TRENTINI, PAIM, 2004).

De acordo com Trentini e Paim (2004), na medida em que os dados deste estudo foram sendo coletados nas entrevistas, eram transcritos e pré-analisados, o que ocorreu antes do início dos encontros. Estes dados, principalmente as divergências encontradas, serviram de subsídios para o desenvolvimento dos encontros (conforme programado). Também, entre um encontro e outro, fazia-se uma análise e síntese dos elementos que haviam sido discutidos com o intuito de serem apresentados e validados pelo grupo no encontro seguinte. Sistemáticamente, as informações das entrevistas foram organizadas e vinculadas as discussões dos encontros. A seguir, foram lidas novamente e codificadas. Após a codificação, foi realizada a leitura vertical e transversal e identificou-se aspectos convergentes, originando às categorias.(Apêndice 4)

No processo de interpretação incluiu-se a síntese, teorização e transferência. No processo de síntese serão analisadas novamente as informações coletadas no período de apreensão, conseguindo familiaridade e envolvimento intelectual com o trabalho (TRENTINI, PAIM, 2004).

Nesta etapa o pesquisador examina subjetivamente as associações e variações das informações. Consiste no momento em que o pesquisador imerge nas informações trabalhadas na fase de apreensão. Através de muito empenho intelectual, interpreta, sintetiza e rememora todo o processo do trabalho, dominando completamente o tema da investigação (TRENTINI, PAIM 2004). Aqui, procurou-se revalidar e familiarizar-se com os dados colhidos e trabalhados na fase de apreensão.

No processo de teorização o pesquisador desenvolve um esquema teórico, partindo das relações reconhecidas durante o processo de síntese. Implica em muito empenho, exige especulação, verificação, seleção, revisão e descarte (TRENTINI; PAIM, 2004).

Nesse processo procurou-se associar, analisar e interpretar as informações coletadas ao referencial teórico, buscando respostas sobre o cuidado humanizado, facilidades e dificuldades desse cuidado e como superar essas dificuldades. Essas respostas auxiliaram as conclusões do estudo.

O processo de transferência consiste na possibilidade de dar significado aos achados e descobertas e procurar contextualizá-lo em situações semelhantes, sem que este processo seja entendido por generalização (TRENTINI; PAIM, 2004). Houve a descrição das reflexões dos participantes frente ao Cuidado Humanizado ao RN Grave ou Potencialmente Grave na UTIN, a reflexão da equipe de enfermagem com possibilidades de transformações no processo do cuidado humanizado.

Os dados coletados nesse estudo poderão servir de referência, adaptando-se a novas realidades, e incorporando outras práticas, para outras realidades.

Após análise e discussão dos dados à luz das diretrizes do SUS e da PNH, os resultados serão apresentados aos participantes do estudo em outro momento (a decidir com os mesmos) e encaminhados aos gestores da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e da Instituição.

5.6 Aspectos Éticos

O estudo foi apresentado à instituição de saúde onde foi realizada a pesquisa e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e da Maternidade Carmela Dutra do Estado de Santa Catarina (CEP/UFSC) no dia 10 de outubro de 2013, com aprovação sob o certificado número 20306513.9.0000.0121 (Apêndice 2)

Foram seguidas a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde que possuem diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos. Essa resolução respeita a autonomia, não maleficência, beneficência e a justiça. (BRASIL, 2012)

Buscando garantir o respeito ético, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3), assinado pelos participantes antes de iniciar as entrevistas e encontros. Todos os participantes assinaram o TCLE.

Esteve-se disponível para os participantes da pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas que surgissem no decorrer de todo o trabalho. Ao desenvolver a PCA, procuramos refletir em todas as situações, reconhecendo as dificuldades e limitações, aceitando sugestões e críticas, buscando aprimoramento científico, em benefício do grupo, dos usuários, e do próprio crescimento pessoal e profissional dos participantes. Aos participantes, a fim de garantir o seu anonimato, foram identificados através da letras do alfabeto: A,B,C,D...

6. Resultados e Discussão

Seguindo a Instrução Normativa 10/PEN/2011, que dispõe sobre a apresentação dos trabalhos finais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, os resultados e a discussão são apresentados em forma de dois artigos, nos quais busca-se responder aos objetivos e perguntas da pesquisa. Foram elaborados para serem posteriormente submetido a periódicos científicos.

O primeiro tem como título: A política nacional de humanização e as contribuições para o cuidado humanizado ao recém-nascido e sua família: a percepção de alguns integrantes da equipe de enfermagem, que trata sobre a percepção do cuidado humanizado da equipe de enfermagem, orientada pela PNH.

O segundo manuscrito tem como título: O cuidado humanizado ao RN e sua família em UTIN: entre o ideal e o real em busca de caminhos para sua consolidação, que aborda os aspectos relacionados ao cuidado humanizado ao RN grave ou potencialmente grave e vem responder ao objetivo deste estudo.

6.1. Primeiro Manuscrito

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E AS CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO E SUA FAMÍLIA: A PERCEPÇÃO DE ALGUNS INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Enf^a. Soraya Jeanine Ferreira Pereira¹
Dra Ana Izabel Jatobá de Souza²

Resumo: Pesquisa qualitativa convergente assistencial, desenvolvida com oito integrantes da equipe de enfermagem de uma maternidade do sul do Brasil. Objetivou conhecer a percepção de alguns integrantes da equipe de enfermagem neonatal sobre o cuidado humanizado do RN grave ou potencialmente grave, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização. A coleta de dados ocorreu entre janeiro/2014 e março/2014, englobou entrevistas e depoimentos dos encontros. A análise seguiu as etapas de apreensão, síntese, teorização e recontextualização. Originaram duas categorias: PNH: Conhecimento e Desconhecimento e Contribuições da PNH para o Cuidado Humanizado. Este estudo apresenta como Referencial Teórico as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Atenção Humanizada ao Recém Nascido (RN) de baixo peso (Método Canguru), que servem de base às políticas voltadas para a humanização. Evidenciou-se que os participantes estão pouco familiarizados com a PNH, e possuem pouco conhecimento do quanto ela poderia contribuir para o cuidado humanizado dentro da UTIN. A dificuldade de implementação do cuidado, está relacionado com o conhecimento superficial da PNH, a falta de tempo, as condições de trabalho e dificuldades com a estrutura física. Reconhecem a importância da busca do conhecimento da equipe de enfermagem sobre a PNH, associado ao comprometimento profissional, com intuito de contribuir para a promoção da qualidade do cuidado humanizado.

Palavras-chave: recém- nascido, humanização da assistência, cuidados de enfermagem, políticas públicas

¹ Universidade Federal de Santa Catarina – Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Gestão Do Cuidado em Enfermagem. E-mail: soraya.jeanine@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. Santa Catarina, Brasil. E-mail: aijsenf@gmail.com

THE NATIONAL HUMANIZATION POLICY AND CONTRIBUTIONS TO HUMANIZED NEWBORN CARE AND YOUR FAMILY: THE PERCEPTION OF SOME MEMBERS OF NURSING TEAM

**Enf Soraya Jeanine Ferreira Pereira
Dra Ana Izabel Jatobá de Souza**

Abstract: Qualitative research converged care, developed with eight members of the nursing staff of a maternity southern Brazil. Aimed to know the understanding of neonatal nursing staff on aa National Humanization Policy (NHP) and their contributions to the humanized care. Data collection occurred between janeiro/2014 and março/2014, included interviews and testimony meetings. The analysis followed the steps of collection, synthesis, theory and recontextualization. Originated two categories: HNP: Knowledge and Ignorance and HNP Contributions to Care Humanizado. Este Theoretical study shows how the guidelines of the Unified Health System (SUS), the National Humanization Policy (NHP) and the Humane Care Newborn (RN) underweight (Kangaroo), which serve to frame policies to humanization. It was evident that the participants are unfamiliar with PNH, and have little knowledge of how it could contribute to the humane care in the NICU. The difficulty of implementing the care associated with superficial knowledge of PNH, lack of time, working conditions and difficulties with the physical structure. Recognize the importance of seeking knowledge of the nursing staff on the NHP, associated with professional commitment, aiming to contribute to the promotion of quality of humanized care.

Keywords: Newborn, humanization, nursing, public policy

LA POLÍTICA Y CONTRIBUCIONES AL HUMANIZADO RECIÉN NACIDO Y SU FAMILIA HUMANIZACIÓN NACIONAL: LA PERCEPCIÓN DE ALGUNOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

**Enf Soraya Jeanine Ferreira Pereira
Dra Ana Izabel Jatobá de Souza**

Resumen La investigación cualitativa convergente cuidado, desarrollado con ocho miembros del personal de enfermería de una maternidad del sur de Brasil. Dirigido a conocer el conocimiento del personal de enfermería neonatal en la Política Nacional de Humanización (NHP) y sus contribuciones a la atención humanizada. La recolección de datos tuvo lugar entre janeiro/2014 y março/2014, incluidas entrevistas y reuniones de testimonio. El análisis siguió los pasos de recopilación, síntesis, la teoría y la recontextualización. Originado dos categorías: HNP: Conocimiento y la Ignorancia y la PNH aportaciones sobre la asistencia Humanizado. Este estudio teórico muestra cómo las directrices del Sistema Único de Salud (SUS), la Política Nacional de Humanización (NHP) y el recién nacido Cuidado Humano (RN) con bajo peso (canguro), que sirven para enmarcar las políticas de humanización. Era evidente que los participantes no están familiarizados con PNH, y tienen poco conocimiento de la forma en que podría contribuir al cuidado humano en la UCIN. La dificultad de la aplicación de la atención asociada con el conocimiento superficial de la PNH, la falta de tiempo, las condiciones de trabajo y las dificultades con la estructura física. Reconocer la importancia de buscar el conocimiento del personal de enfermería en el PHN, asociado con el compromiso profesional, con el objetivo de contribuir a la promoción de la calidad de la atención humanizada.

Palabras clave: Recién nacido, la humanización, la enfermería, la política pública

Introdução

A UTIN assiste principalmente aos recém-nascidos prematuros, cuja condição clínica constitui uma ameaça imediata ou potencial à vida, e necessitam de cuidados 24h por dia, bem como os acometidos de alguma enfermidade congênita (RIBEIRO, REGO, 2011). Essa unidade em geral apresenta-se como um ambiente repleto de estímulos estressantes (luzes fortes e contínuas, barulhos, mudanças de temperatura, procedimentos clínicos invasivos e dolorosos ao bebê) que se abatem tanto sobre os bebês, mas também afetam os profissionais que nela trabalham (REICHERT, LINS, COLLET, 2007)

Com a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) e a atenção Humanizada ao RN de baixo peso, se estabelece de uma maneira mais formal a necessidade de uma sensibilidade mais aguçada. A preocupação além da técnica ficou mais evidente em todas as redes hospitalares do Brasil, principalmente em função de uma maior vigilância relacionada às diretrizes e objetivos propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH), que prioriza o cuidado humanizado.

A PNH, também conhecida por HumanizaSUS surge, como uma política que engloba as iniciativas já existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a aproximá-las e potencializá-las, partindo de algumas experiências já existentes no modelo do SUS, visando ampliar a discussão sobre o conceito de humanização, tendo como princípio a indissociabilidade entre a atenção e gestão (FREITAS, 2011).

A PNH está interligada à gestão do trabalho e apresenta estratégias que propõem a valorização e o crescimento profissional, a participação da equipe de enfermagem nos processos de discussão, além de preconizar a gestão participativa e educação permanente aos cuidadores. No âmbito Neonatal, a PNH se expressa pela utilização desde o ano de 2000 pela implantação Método Canguru, atualmente denominada de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (BRASIL, 2011a).

O Método Canguru além de trazer grandes benefícios ao RN pela forte ligação com a família, melhoria na qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo, estimulação do aleitamento materno, preconiza melhores condições de trabalho, gestão participativa, clínica compartilhada, entre outros aspectos, contribuindo ainda para a otimização dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e de Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN) devido à maior rotatividade de leitos (BRASIL, 2011a).

Portanto, o cuidado humanizado dentro da UTIN vem sendo aprimorado a cada ano, consolidando a recuperação dos RNs graves ou potencialmente graves durante o seu processo de internação. Muitos hospitais e maternidades brasileiras, incentivadas pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Humanização (PNH), intensificam a reflexão e o debate frente a humanização (BRASIL, 2011b).

Pelo fato de o RN conseguir manifestar suas necessidades através das mudanças de comportamentos e alterações fisiológicas, acaba merecendo maior atenção, tanto quanto consideração e respeito. Conscientizar-se desta realidade e sensibilizar-se no atendimento das necessidades deste ser, são essenciais para a mudança em prol do cuidado humanizado. Neste contexto, a atenção humanizada ao RN de baixo peso mais conhecida como Método Canguru auxilia na melhoria da percepção do cuidador sobre o ambiente de trabalho e seu próprio cuidado e sobre sua atuação profissional (BRASIL, 2011b).

É importante destacar que a Política Nacional de Humanização possui propostas fundamentadas nos princípios da humanização do cuidado, o que melhora a atenção dada às mulheres, crianças e RN graves ou potencialmente graves. Estas propostas estão fundamentadas nas Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru e na Rede Cegonha que servem como estratégias para contribuir para a promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família (BRASIL, 2011b).

Políticas de humanização hospitalar assim como pressupostos teóricos defendidos em modelos de cuidado em enfermagem, defendem as estratégias de humanização como inerentes ao processo de saúde- doença. Reforçam-se, igualmente, princípios básicos, como integralidade da assistência nos sistemas de saúde, comprometendo-se com a valorização da vida e o respeito à cidadania, nas múltiplas interfaces do cuidado humano (ROCHA et al, 2011).

A humanização se traduz no bom trato e no ser mal tratado pautado na ação técnica/científica, amparada, também, no aspecto psicossocial/expressivo do cuidado. O atendimento à saúde abarca aspectos psicossociais / subjetivos, éticos e técnico-científicos sendo necessário o encontro destes no tratamento dado pelo profissional de saúde na promoção de um cuidado humanizado (BRASIL, 2008).

Dentro da Política Nacional de Humanização, a humanização, abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas que estão presentes no relacionamento humano. Significa

resgatar o respeito à vida humana, privilegiando a objetividade, generalidade, causalidade e a especialização do saber, ao mesmo tempo em que se valoriza os sentimentos, indissociando os aspectos emocionais e físicos (BRASIL, 2011a).

Diante do exposto, entende-se que a equipe de enfermagem neonatal deve conhecer as implicações da Política Nacional de Humanização, afim de direcionar o cuidado humanizado dentro da UTIN.

Entendemos que o conceito de tecnologia se refere a um conjunto de conhecimentos científicos, empíricos e intuitivos, que podem alterar um produto, o processo de produção e o de comercialização deste produto (ou serviço). A toda tecnologia se associa uma considerável quantidade de informação. Esta informação, quando assimilada pelo indivíduo, grupo ou sociedade gera um conhecimento que permite a adoção ou a rejeição de uma determinada técnica (BARRETO, 1995).

A PNH tem investido em produzir conhecimento e desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde e implementar processos de acompanhamento e avaliação na/da PNH, na perspectiva de produção de conhecimento, incluindo metodologias e informações para aprimoramento da gestão, ressaltando análises e saberes gerados no próprio processo de construção de redes. Aponta-se, com isso, para a valorização dos processos coletivos e experiências exitosas, a serem colocadas em situação de análise (fazendo e aprendendo a partir da análise de experiências) (PASCHE, PASSOS, HENNINGTON, 2011).

Este processo reflexivo deu origem aos seguintes questionamentos: Como a equipe de enfermagem entende a PNH e quais suas contribuições para o cuidado humanizado?

Desta forma, optou-se pela realização desta investigação, com o objetivo de conhecer a percepção de alguns integrantes da equipe de enfermagem neonatal sobre o cuidado humanizado do RN grave ou potencialmente grave, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa na modalidade Convergente-Assistencial (PCA). A PCA envolve pessoas representativas da situação a ser pesquisada, e, numa cooperação ativa e mútua, articula a prática profissional com o

conhecimento teórico. Procura solucionar ou minimizar os problemas que envolvem o cuidado, contribuindo para mudanças e inovações no cuidar e no cotidiano do trabalho, valorizando o saber fazer e o saber pensar (TRENTINI; PAIM, 2004).

O estudo foi desenvolvido na UTIN da maternidade de um hospital público do sul do país, local de trabalho da pesquisadora. Participaram do estudo oito integrantes da equipe de enfermagem do período noturno, lotados na referida unidade, tendo sido excluídos aqueles que estavam em licença para tratamento de saúde ou licença maternidade e férias e não atuar no período noturno.

A coleta de dados aconteceu em dois momentos. Iniciou em janeiro de 2014 e foi concluída em março de 2014. No primeiro momento realizaram-se entrevistas individuais, contendo perguntas abertas, por meio das quais foram levantados dados sobre o entendimento destes sobre a PNH e suas implicações para o cuidado humanizado. As informações provenientes das entrevistas, após uma análise preliminar, serviram para subsidiar o segundo momento, juntamente com discussões em grupo sobre a PNH e suas implicações para o cuidado humanizado, subsidiando as reflexões do grupo. Portanto, a coleta de dados englobou os depoimentos, reflexões e consensos, oriundos das entrevistas e dos encontros. Os encontros foram operacionalizados através de acolhimento, sensibilização, validação, contextualização, integração e finalização. Na análise desta PCA, tomaram-se como base as falas dos participantes do estudo durante as entrevistas, envolvendo o processo de apreensão, onde se realizou a transcrição e leitura dos dados, permitindo destacar as palavras-chave de acordo com o objetivo do estudo. Seguiu-se então com a síntese, onde se aprofundou a leitura dos dados, permitindo que as informações comuns fossem agrupadas, propiciando a elaboração de códigos que, conforme os objetivos do estudo basearam a construção de categorias. Enfim ocorreu a teorização, onde se utilizou o referencial teórico para interpretar as categorias e constituírem-se as considerações finais do estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o certificado 20306513.9.0000.0121 (Anexo 2) e atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). As entrevistas foram gravadas e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a autorização para gravação das entrevistas, os mesmos foram identificados com letras do alfabeto(A, B, C, D, E, F, G, H).

Resultados e discussão

A análise aprofundada do conteúdo das entrevistas e dos encontros realizados geraram dados relevantes, fundamentais para responder os objetivos do estudo. De acordo com a análise dos dados surgiram as seguintes categorias: **Política Nacional de Humanização: conhecimentos e desconhecimento e contribuições da Política Nacional de Humanização para o cuidado humanizado**

Categoria 1: Política Nacional de Humanização: conhecimento e o desconhecimento:

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem se apresentado como uma potente oferta para avançar nas mudanças e na reafirmação de um Sistema Único de Saúde (Brasil, 2008). Nesta categoria, os participantes evidenciam o pouco conhecimento sobre a complexa Política Nacional de Humanização, que tem como tônica a promoção de um cuidado cada vez mais humanizado e congruente com a população que atende.

Percebe-se que a PNH embora datada de 2003, ainda é pouco conhecida e referenciada pelos profissionais que atuam em UTINs. Reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias aplicadas pela política, é uma tarefa muito difícil para a melhoria no cuidado (BRASIL, 2011b).

Analizando o depoimento dos participantes do estudo, foi possível notar o pouquíssimo conhecimento, acerca do que entendem por PNH, tal como expresso nos depoimentos abaixo:

- *“Não sei informar o que é, mas sei que essa política existe e tem a ver com o cuidado do RN, da mãe e do pai (B)”*.
- *“Humanização não tem, querem implantar algo que não tem espaço (E), Projeto Nacional de Humanização, ensinar a equipe a melhorar o manejo com o RN de risco e sua família (F)”*.

As respostas acima evidenciam um conhecimento e visão restritos dos participantes deste estudo acerca da PNH. Esta está focada apenas e/ou quase sempre em melhorar o contato, a aproximação dos pais, a estrutura física, o apoio médico e psicológico, como pode ser evidenciado no depoimento abaixo:

- *“Dentro da UTI NEO é para dar mais atenção para a mãe na hora do nascimento prematuro, sensibilizá-los com o setor. O*

espaço físico não tem estrutura, precisa mais atenção dos médicos, apoio psicológico e as funcionárias se policiarem mais em não serem mecânicas na hora da chegada do RN e dar mais atenção aos pais (C)”.

A PNH objetiva efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de gestão e estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para produção de saúde e produção dos participantes. Os seus princípios baseiam-se na inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2011b).

A PNH possui um eixo de atuação na gestão do trabalho e apresenta algumas estratégias que propõem a valorização e o crescimento profissional, a participação dos trabalhadores nos processos de discussão, além de preconizar a gestão participativa e educação permanente aos seus trabalhadores nas unidades de saúde (BRASIL, 2011b).

É importante lembrar que no campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2011b).

Entretanto, no depoimento de alguns dos participantes é possível constatar que a ligação entre o cuidado humanizado e a política que o institucionaliza como uma prática diária ainda é pouco reconhecida, tal como pode ser encontrado na expressão abaixo:

- “Não sei o que é, mas sei que essa política existe e tem haver com o cuidado do RN, da mãe e do pai. (B).”

- “É uma política, que tem haver com um todo na humanização.(H)”

Ainda em relação a estas falas, os profissionais acreditam que a política nacional de humanização possa oportunizar uma visão mais integral do paciente, ou como referiram, é uma possibilidade de vê-lo "como um todo" (COSTA, FIGUEIREDO, SCHAURICH, 2009).

Estes depoimentos expressam a dificuldade em reconhecer a articulação que a política mantém com o cuidado ao RN, incluindo neste a família.

Algumas questões como: deficiência na estrutura física dos serviços, baixos salários, rede enfraquecida, dificuldade de interação entre as equipes, relações conflituosas com os usuários e gestão, falta de recursos necessários para a realização do trabalho e desconhecimento da PNH podem dificultar a institucionalização das políticas públicas no Brasil (COSTA, FIGUEIREDO, SCHAURICH, 2009).

Algumas falas conseguem relacionar a política, com o Método Canguru e a humanização do cuidado.

- Não sabe informar o que é, mas sabe que essa política existe e tem haver com o cuidado do RN, da mãe e do pai. (B)

Vale destacar que a humanização do nascimento, compreende ações desde o pré-natal e busca evitar condutas intempestivas e agressivas para o bebê. A atenção ao recém-nascido deve caracterizar-se pela segurança técnica da atuação profissional e por condições hospitalares adequadas, aliadas à suavidade no toque durante a execução de todos os cuidados prestados. Especial enfoque deve ser dado ao conhecimento do psiquismo do bebê, seja em sua vida intra como extrauterina, da mãe, do pai e de toda a família. E isso implica em um trabalho importante a ser desenvolvido junto a equipe de saúde, oferecendo-lhes mecanismos para uma melhor qualidade no trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2011a), ampliando olhares e fortalecendo a interlocução entre as diversas áreas de atuação em prol do RN e de sua família.

Portanto, o Método Canguru aplicado no Brasil pode ser considerado uma política de intervenção complexo e abrangente, que leva em consideração o desenvolvimento global do bebê e o meio em que ele está inserido. Tem como objetivo a humanização da assistência ao Recém-nascido de baixo peso (RNBP), e não a substituição da tecnologia nas UTIN (BRASIL, 2011a). Entretanto, percebe-se que os participantes deste estudo têm uma vaga percepção do conteúdo das políticas e suas interligações com o cuidado destinado a RN e seus familiares.

O conhecimento mais aprofundado dos profissionais acerca das Políticas de Humanização na área Neonatal e sua interface com a promoção de um cuidado mais humanizado precisa ser a tônica no processo de formação de treinamento nas instituições que atuem junto ao RN e sua família. Como política, a Humanização deve, portanto,

traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja a da produção de saúde e a da produção de sujeitos (BRASIL, 2011b).

Esses aspectos revelam o quanto é importante o acolhimento, a ambiência e a clínica ampliada. É extremamente importante a recepção do RN desde a sua chegada, do ambiente físico e social voltado para atenção acolhedora e para relações interpessoais; e a consideração da necessidade do RN para além da doença e do seu corpo, possibilitando um olhar mais sensível e compreensivo, no que diz respeito a singularidade, individualidade e integralidade dessa família.

Constata-se que o desconhecimento das diretrizes da PNH, por vezes acaba prejudicando a humanização do cuidado. O acolhimento é essencial ao cuidado, ele abre as portas da humanização. O termo acolhimento, segundo o Ministério da Saúde brasileiro, refere-se ao “ato de receber e atender os diferentes integrantes da família do bebê internado na unidade neonatal, procurando facilitar sua inserção nesse ambiente. O acolhimento envolve uma ação não somente física, mas também de cunho afetivo” (BRASIL, 2011a, p.106).

O acolhimento é uma diretriz ética, portanto inegociável e, por isto, uma direção fundamental para a construção de redes de atenção, redes de cuidado. A importância da ampliação da clínica traduz ao sujeito vê-lo como um ser biopsicossocial, e objetiva a produção de saúde e o aumento da autonomia desse sujeito (PASCHE, 2009). Ainda enfatiza que a ambiência deve sugerir espaços de trabalho voltados à atenção acolhedora, resolutive e humana. Humanização significa colocar os sujeitos, as pessoas, em primeiro lugar na construção do cuidado e da gestão; e, nesta perspectiva, a reconstrução dos espaços de trabalho deve ser um exercício coletivo para (1) adequar o ambiente de trabalho às diretrizes de reorganização dos processos de trabalho (em equipe e cogeridos) e (2) responder aos interesses dos trabalhadores da saúde e dos usuários (ambiente acolhedor, agradável, como dispositivo de produção de bem-estar e de saúde) (PASCHE, 2009).

Para promover uma gestão participativa e de cogestão deve haver maior democratização nos processos decisórios e melhorar as relações

entre os sujeitos. Essa diretriz além de ser um grande motivador para as equipes de trabalho (quando permitida), pode se tornar bastante eficaz no atendimento. Portanto, a valorização do trabalho e do trabalhador, através do fomento de redes, implica em dar importância ao trabalhador, o seu fazer e suas construções implicando em pelo menos, três grandes movimentos: (1) inclusão do trabalhador nas definições sobre o funcionamento da organização de saúde, ou seja, descentralização do poder de decisão sobre o cotidiano das instituições; (2) construção e viabilização de melhorias nas condições concretas de trabalho, como remuneração, ambiência, acesso a insumos tecnológicos adequados para a produção de saúde etc; e (3) pautar e interferir sobre os elementos e fatores que interferem na produção da saúde do trabalhador, incluindo os trabalhadores no mapeamento e controle de riscos, por exemplo (PASCHE, 2009).

Os usuários do SUS, na defesa dos seus direitos, devem ter direito à informação, o respeito às diversidades, o acolhimento ao desconhecido e a afirmação da condição de cidadão. A informação clara e objetiva, o esclarecimento e a defesa dos direitos das pessoas que utilizam os serviços de saúde são temas que pautam as ações dessa política. Para Pasche (2009), a tensão entre direitos e deveres dos usuários toma o lugar da construção compartilhada do cuidado, que significa reconhecer direitos e mandatos sociais, os quais precisam ser atualizados na construção de um cuidado singular. Fazer os sujeitos, trabalhadores e gestores participarem ativamente na produção em saúde. Nesse sentido, é importante estarmos atentos ao fato de que

as propostas de humanização em saúde também envolvem repensar o processo de formação do profissional, ainda centrado, predominantemente, no aprendizado técnico e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade levando a cristalização dos sentimentos do profissional na construção de uma relação de ajuda eficiente aos usuários dos serviços de saúde bem como seus familiares (FERNANDES, ANDRAUS, MUNARI, 2006, p. 108-118).

A política de humanização, portanto, precisa ser considerada como uma construção coletiva que acontece a partir da identificação das potencialidades, necessidades, interesses e desejos dos sujeitos envolvidos, bem como da criação de redes interativas, participativas e solidárias entre as várias instituições que compõem o SUS. Compreende-se que, como política, "ela deve traduzir princípios e

modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais e entre as diversas unidades e serviços de saúde" (MOTA, MARTINS, VÉRAS, 2006, p. 323-330).

Embora, com tal dimensão, ainda foi possível ouvir de alguns dos participantes frases como essa:

- *“Eu não sabia que existia essa política (D)”*.

O desconhecimento sobre a política interfere no cuidado humanizado. Por meio da Educação Permanente em Saúde, a articulação do ensino, gestão, atenção e participação popular na produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e humanização do cuidado. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos (BRASIL, 2011 b).

A gestão participativa é um modo de gestão que incluiu novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2011 b).

Categoria 2 - Contribuições da Política Nacional de Humanização para o Cuidado Humanizado

Na humanização do cuidado neonatal, como abordado na categoria anterior o Ministério da Saúde preconiza várias ações, como respeito às individualidades, segurança do recém-nascido e acolhimento do bebê e sua família, além de facilitar o vínculo pais-bebê durante sua hospitalização e após a alta (OLIVEIRA, SANINO, 2011). Inúmeros estudos mostram a importância da presença dos pais na UTI Neonatal e de sua participação nos cuidados prestados dentro da UTIN, a fim de facilitar e reestabelecer o vínculo afetivo mãe-filho-pai-família e reduzir o estresse causado pela internação (GAIVA, SCOCHI, 2004).

Ao falar sobre contato e vínculo afetivo entre pais e bebês, devemos ressaltar a importância do Método Canguru dentro de uma UTIN, pois este, além de estimular o vínculo afetivo traz benefícios tanto aos bebês como aos pais. Para alguns profissionais, o Método Canguru é fundamental para humanização dentro da UTIN (OLIVEIRA, SANINO, 2011).

O apego é o laço afetivo que os pais estabelecem com o bebê, essencial para a sua sobrevivência e desenvolvimento, podendo ser expresso por meio dos sentidos. Quando estabelecidos, ela os prepara para a separação no momento do parto, mas nem sempre esta separação ocorre de forma favorável (REICHERT, LINS, COLLET, 2007). Essa desorganização emocional gera conflitos, ansiedade e agrava a sensação de culpa dos pais dificultando sua compreensão de que é importante para o seu bebê que eles estejam presentes no processo de hospitalização. É válido ressaltar que a equipe de saúde que atua na UTIN deve considerar esses sentimentos no processo cotidiano de humanizar o cuidado, pois os pais encontram-se apreensivos quanto à sobrevivência do bebê durante a hospitalização (REICHERT, LINS, COLLET, 2007).

É importante destacar a definição dada por um dos participantes do estudo sobre o Método Canguru:

- “Método humanizado que facilite o desenvolvimento dos RNs e em geral contribuem para melhorar a proximidade dos pais, RNs e profissionais de saúde; dando confiança e tornando-os confiantes; facilitando o nosso trabalho e apressando a alta hospitalar (A)”.

É possível compreender pela definição do participante expresso acima que há um conhecimento, mesmo que superficial sobre o Método Canguru. Isto de certa forma contribui para o desenvolvimento de ações específicas neste âmbito.

O ambiente físico de uma unidade de tratamento intensiva neonatal é estressante, não somente para os bebês, mas também para suas famílias:

“os equipamentos, os sons dos alarmes, as luzes piscando costumam gerar muita ansiedade na família e até mesmo nos profissionais que ali trabalham” (MOREIRA e BONFIM, 2004, p. 489-508).

Nesse contexto, é imperativo ressaltar a importância da atenção e do cuidado aos familiares nesse processo, em particular aos pais. Atualmente, observamos que a atenção aos pais, muitas vezes, limita-se às informações voltadas a questionamentos sobre a rotina hospitalar e sobre a situação do bebê, não havendo preocupação, na maioria dos casos, com os aspectos emocionais desses familiares (NASCIMENTO, MARTINS, 2000).

No Brasil, algumas instituições desconhecem a abrangência do Método Canguru, por acreditar que este implica apenas em colocar o

bebê em contato pele a pele com sua mãe. A melhor compreensão da proposta incentiva o aumento do vínculo mãe-filho; a redução do tempo de separação mãe-filho; a melhora da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso, estimulação do aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração; um controle térmico adequado ao RN; favorecimento da estimulação sensorial adequada do RN; contribuição para a redução do risco de infecção hospitalar; redução do estresse e da dor dos RN de baixo peso; um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde, maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar e contribui para a otimização dos leitos de UTIN e de UCIN devido à maior rotatividade de leitos (BRASIL, 2011a).

A importância do cuidado humanizado dentro da UTIN, não se refere apenas ao RN grave ou potencialmente grave, mas no acolhimento e integração dessa família no cuidado ao seu filho. A equipe de enfermagem e demais profissionais que atuam na UTIN e que gerenciam os serviços de saúde, devem fornecer apoio, tranquilidade e encorajamento a fim de permitir a aproximação e a participação dos pais no cuidado. Dessa forma haverá uma melhor recuperação do RN e do estado emocional dos pais e familiares. Tais mudanças, inseridas pelo método podem ser encontradas nos depoimentos de alguns dos participantes deste estudo:

- *“Pouco a pouco, algumas mudanças relacionadas ao cuidado humanizado com o RN foram ganhando espaço e consistência: o toque foi liberado, o barulho dentro da unidade foi diminuído, o controle da iluminação foi repensado, foram introduzidos manejos para minimizar a dor, a entrada dos pais foi liberada por 24 hs, o contato pele a pele tem sido realizado com maior frequência...(A)”*.

- *“Dentro da UTI NEO, dar mais atenção para mãe na hora do nascimento e prematuro, sensibilizá-los com o setor... (C)”*.

A identificação destes aspectos pelos participantes do estudo, evidencia um avanço no que se refere a parte da compreensão do que o método preconiza e sua interligação com a PNH.

Alguns participantes definem o cuidado humanizado de acordo com a PNH:

Cuidado Humanizado é tempo disponibilizado e estrutura suficiente para fazer o método canguru, silêncio com os equipamentos (que não são modernos) que não atrapalhem o sono do RN, pessoal qualificado para palestras e maior atenção aos pais. (A)''

*-É o cuidado baseado em se preocupar com o bem estar do Rn de risco, atendendo suas necessidades físicas e fisiológicas. (F)
... é o cuidado do funcionário também! (G)*

Sabe-se que, em muitas instituições, há falta de condições técnicas, de atualização, de recursos materiais e humanos, o que, por si só, torna o ambiente de trabalho desumano. Acrescenta-se a isso, os processos não resolutivos da atenção em saúde ou a forma desrespeitosa com que muitos profissionais se relacionam, tornando pior uma situação já precária. Admite-se, neste contexto, um profissional numa situação frágil para humanizar suas ações de cuidado (FONTANA, 2010).

Não se trata de omitir a responsabilidade de quem cuida em oferecer cuidado humanizado e ético, mas, de refletir sobre até que ponto um cenário profissional vulnerável a riscos, sejam psicossociais e/ou físicos, favorece a promoção de uma ambiência compatível com a humanização que se quer e que é de direito do usuário; acredita-se na interdependência entre o ambiente de trabalho instituído e o processo de humanização das práticas. Há de se pensar em que condições estão trabalhando a equipe de enfermagem para que a mesma, efetiva e naturalmente, através da satisfação no seu trabalho, seja motivadora e promotora de ações humanizadoras (FONTANA, 2010).

Cuidar de forma humanizada é respeitar o outro, ser atencioso, considerar a individualidade e subjetividade de cada um, e tratá-lo com deferência. Já humanizar-se é a capacidade de ser frágil, poder chorar sentir o outro, ser vulnerável e, ao mesmo tempo, ter vigor, lutar, resistir, poder traçar caminhos (BARBOSA, SILVA, 2007).

Nesta visão de cuidado, como uma relação recíproca, estão presentes os sentimentos, as emoções, crenças, valores e saberes de ambos os sujeitos. Especialmente para a Enfermagem, o cuidado não deve ser apenas um procedimento ou uma questão puramente moral, mas um processo dotado de intersubjetividade e sensações compartilhadas entre paciente e enfermeiro. Entretanto, percebe-se ainda a distância entre as concepções de cuidado e o que se concretiza na prática cotidiana (SENA et al, 2008).

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários,

trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2011b).

Assim, apesar de o tema humanização ser bastante tratado na literatura, na realidade prática, como envolve mudança de comportamento somente poderá se efetivar mediante a internalização da proposta de humanização pelos sujeitos- trabalhadores das instituições de saúde. (AMESTOY, SCHWARTZ, THOFEHRN, 2006)

De acordo com Política de Humanização da Assistência à Saúde-Humaniza Saúde (RS), humanizar o cuidado em saúde é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. O compromisso com a pessoa que sofre pode ter as mais diversas motivações, assim como o compromisso com os cuidadores e destes entre si. Cabe a esta rede promover as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais, tendo como base fundamentalmente a ética, o respeito, o reconhecimento mútuo, a solidariedade e responsabilidade.

As melhorias nas condições de trabalho, na escuta e na valorização desse trabalhador estão operacionalizadas na identificação das necessidades, desejos e interesses, a troca e a construção de saberes, participação no processo de gestão e compromisso com a ambiência.

A Política de Humanização da Assistência à Saúde-Humaniza Saúde (RS), enfatiza que a expectativa da PNH é criar uma nova cultura de humanização, que valoriza as ações humanizadas já desenvolvidas, criando uma filosofia organizacional que promova a conjugação cotidiana do verbo humanizar. Uma cultura de humanização necessita tempo para ser construída, impõe a participação de todos os atores do sistema, determina a ruptura de paradigmas. Humanizar é verbo pessoal e intransferível, visto que ninguém pode ser humano em nosso lugar. E é multiplicável, pois é contagiante.

Para os participantes do estudo a readaptação ou a reforma da estrutura física auxiliaria bastante na realização do cuidado humanizado, principalmente no que se refere a aproximar os pais dos RNs internados, e a manterem eles 24 hs dentro da UTIN. O acesso livre dentro da unidade favoreceria o acolhimento e a integração da família com a equipe multidisciplinar e com o próprio RN.

Com base na fala dos participantes desse estudo, depreende-se que a equipe de enfermagem, conhece alguns aspectos a serem

considerados, para que o cuidado humanizado vire rotina no cotidiano da UTIn, mesmo conhecendo superficialmente a PNH. No entanto, parece haver uma lacuna entre o discurso e a prática, pois a falta de tempo, a dificuldade com a estrutura física da unidade e as condições de trabalho, parecem contribuir para a assistência mecanicista, dificultando a implementação total do cuidado humanizado.

Há necessidade de levar em consideração as emoções vivenciadas por esses participantes e sua equipe; rever as condições de trabalho; reservar espaços de discussão e readequação da estrutura física da unidade.

Considerações Finais

Este estudo evidenciou que os participantes estão pouco familiarizados com a PNH, e possuem pouco conhecimento do quanto ela poderia contribuir para o cuidado humanizado dentro da UTIN.

A Política Nacional de Humanização prioriza a valorização dos sujeitos na produção de saúde, de forma a investir na autonomia e protagonismo dos mesmos. Porém, é complicado dar um cuidado digno se o trabalhador não possui condições dignas no seu ambiente de trabalho

Nos dados coletados nas entrevistas e nos encontros percebemos que a dificuldade de implementação diária do cuidado humanizado, está relacionado com o conhecimento superficial da PNH, a falta de tempo, as condições de trabalho e dificuldades com a estrutura física .

Destaca-se neste estudo a importância da busca do conhecimento da equipe de enfermagem sobre a PNH, associado ao comprometimento profissional, com intuito de contribuir para a promoção da qualidade do cuidado humanizado. As unidades hospitalares devem investir no compartilhamento do conhecimento e no reencantamento da política, concretizando os princípios da Política Nacional de Humanização na experiência concreta de trabalho. O desenvolvimento do estudo promoveu um pensar coletivo através do diálogo e das reflexões sobre os temas abordados.

Algumas medidas são adotadas como forma de humanizar o cuidado, contudo são parciais e isoladas, praticadas individualmente. Quando a humanização ocorre dessa forma, as diferenças ressaltam aos olhos dos demais atores na UTIN, ficando evidente a necessidade de uma prática de natureza interdisciplinar, na qual a humanização seja o princípio norteador do planejamento e da assistência desenvolvida para e com o recém-nascido e sua família na UTIN (OLIVEIRA et al, 2006).

Cabe também aos gestores compreender a dimensão dos obstáculos presentes na realização do cuidado humanizado, que envolvem fatores adversos. Os resultados obtidos nesta reflexão reforçam a importância do desenvolvimento constante de pesquisas relacionadas ao tema, propiciando a melhoria na qualidade do cuidado humanizado e contribuição para as UTINs.

Referências Bibliográficas

AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, Pelotas, v. 19, n. 4, p. 444-449. 2006.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. G. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Florianópolis, v. 60, n.5, p. 546-551. 2007.

BARRETO, A. A. A transferência de informação, o desenvolvimento tecnológico e a produção de conhecimento. **Cad. Prog. Pós-Grado Cio Inf**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.2-10. 1995.

BRASIL, (2008). **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.72p.

BRASIL, (2011a). **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru Manual Técnico**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, (2011b). **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Secretária de Atenção à Saúde. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 157p.

BRASIL, (2012) **Portaria 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS. Ministério da Saúde: Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/____2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 12/04/2014.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. A humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface -Comunic., Saude, Educ**. São Paulo, v.13, supl.1, p.571-80. 2009.

FERNANDES, C. N. S., ANDRAUS, L. M. S., MUNARI, D. B. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, v. 8, n. 1, p. 108-118, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_14.htm. Acesso em 21 de novembro de 2013.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em

enfermagem: uma reflexão. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 200-207. 2010.

FREITAS, D. **O SUS e a humanização no parto.** 2011. 24 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, 2011.

GAÍVA, M. A. M., SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** São Paulo, v. 12, n. 3, p. 469-476. 2004. Disponível em: www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo. Acesso em 10 de março de 2014.

MOREIRA, M. E. L., BONFIM, O. L. Manuseio da dor no recém-nascido. In: MOREIRA, M. E. L., LOPES, J. M. A., CARVALHO, M. (org). **O recém-nascido de alto risco - teoria e prática do cuidado.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p.489-508.

MOTA, R. A., MARTINS, C. G. M., VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na Política de Humanização Hospitalar. **Psicol. Estud.** São Paulo, v.11, n.2, p.323-30, 2006.

NASCIMENTO, E. R. P., MARTINS, J. J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. **Nursing Revista Técnica de Enfermagem.** São Paulo, v. 3, n. 29, p. 26-30, 2000.

OLIVEIRA, B. R. G., et al. N. O processo e trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto contexto-enfermagem.** Florianópolis, v. 15, n.spe, p. 105-113. 2006.

OLIVEIRA, L .L., SANINO, G. E. C. A Humanização da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: concepção, aplicabilidade e interferência na assistência humanizada. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras.** São Paulo, v.11, n.2, p 75-83. 2011.

PASCHE, F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu, v.13, n.1, p. 701-708. 2009.

PASCHE, F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu, v.13, n.1, p. 701-708.

2009.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Paraíba, v. 9, n. 1, p. 200-213. 2007.

RIBEIRO, C. D. M.; REGO, S. Bioética Clínica: contribuições para a tomada de decisões em unidades de terapia intensiva neonatais. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2239-2246. 2011.

ROCHA, R. *et al.* Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na Unidade Neonatal. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 502-509. 2011.

SENA, R. R.; *et al.* O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface – Comunic., Saude, Educ.** Botucatu, v. 12, n. 24, p. 23-34. 2008.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: Um desenho que une o saber fazer e o saber pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004. 143p.

6.2 Segundo Manuscrito

O CUIDADO HUMANIZADO AO RN E SUA FAMÍLIA EM UTIN: ENTRE O IDEAL E O REAL EM BUSCA DE CAMINHOS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO

Enf. Soraya Jeanine Ferreira Pereira³

Dra Ana Izabel Jatobá de Souza⁴

Resumo: Pesquisa qualitativa convergente assistencial, desenvolvida com oito integrantes da equipe de enfermagem de uma maternidade do sul do Brasil. Objetivou estabelecer estratégias em conjunto com alguns integrantes da equipe de enfermagem neonatal que contribuam para a realização do cuidado humanizado ao RN grave ou potencialmente grave de acordo com a orientação da Política Nacional de Humanização. A coleta de dados ocorreu entre janeiro a março de 2014, englobou a reflexão crítica sobre valores, experiências e práticas dos encontros, relacionada à PNH e o cuidado humanizado. A análise seguiu as etapas de apreensão, síntese, teorização e recontextualização. Originaram duas categorias: significados do cuidado humanizado e dificuldades na implementação do cuidado humanizado. Este estudo apresenta como Referencial Teórico as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Atenção Humanizada ao Recém Nascido (RN) de baixo peso (Método Canguru), que servem de base às políticas voltadas para a humanização. Para os participantes o significado do cuidado humanizado está relacionado com a sensibilidade e a dor do RN, com a disponibilização de tempo da equipe de enfermagem na prestação dos cuidados do RN e sua família, na capacidade de se colocar na posição do outro, no respeito e nas informações cedidas para a família, porém esse cuidado depende também de uma estrutura física adequada e modernização de equipamentos. Os participantes acreditam que para implementar o cuidado humanizado, existe a necessidade de melhorar a estrutura física e as condições de trabalho, assim como o incentivo a gestão participativa.

Palavras-chave: RN, cuidado de enfermagem, humanização da assistência, políticas públicas.

³ Universidade Federal de Santa Catarina – Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Gestão Do Cuidado em Enfermagem. E-mail: soraya.jeanine@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. Santa Catarina, Brasil. E-mail: aijsenf@gmail.com

THE HUMANIZED CAUTION TO RN AND YOUR FAMILY IN NICU: BETWEEN THE IDEAL AND REAL IN SEARCH OF HIS WAYS TO CONSOLIDATION

**Enf. Soraya Jeanine Ferreira Pereira
Dra Ana Izabel Jatobá de Souza**

Abstract: Qualitative research converged care, developed with eight members of the nursing staff of a maternity southern Brazil. Aimed to develop strategies together with some members of the nursing team neonatal contributing to the achievement of the humanized care to serious or potentially serious RN according to the guidance of the National Humanization Policy .. Data collection occurred between March and janeiro of the 2014, included critical reflection on values, experiences and practices of meetings related to the HNP and humanized care. The analysis followed the steps of collection, synthesis, theory and recontextualization. Originated two categories: meanings of humanized care and difficulties in the implementation of humanized care. This study presents how Theoretical guidelines Unified Health System (SUS), the National Humanization Policy (NHP) and the Humane Care Newborn (RN) underweight (Kangaroo), which serve as the basis for policies directed for humanization. For the participants the meaning of humanized care is associated with sensitivity and pain RN, with the availability of staff time in providing nursing care of newborns and their families, the ability to put yourself in the position of the other, in respect and the information transferred to the family, but this care also depends on an adequate physical infrastructure and modernization of equipment. Participants believe that to implement humanized care, there is a need to improve the physical structure and working conditions, as well as encouraging participatory management.

Key-words : newborn, nursing care, humanization, public policy .

EI PRECAUCIÓN HUMANIZADO RN Y SU FAMILIA EN UCIN: ENTRE EL IDEAL Y REAL EN BUSCA DE SUS MANERAS DE CONSOLIDACIÓN

**Enf. Soraya Jeanine Ferreira Pereira
Dra. Ana Izabel de Souza Jatoba**

Resumén: La investigación cualitativa convergente cuidado, desarrollado con ocho miembros del personal de enfermería de una maternidad del sur de Brasil. Dirigido para desarrollar estrategias, junto con algunos miembros del equipo de enfermería neonatal contribuye a la consecución de la atención humanizada a RN grave o potencialmente grave de acuerdo con la orientación de la Política Nacional de Humanización. La recolección de datos tuvo lugar entre marzo y janeiro de 2014, incluyó una reflexión crítica sobre los valores, las experiencias y las prácticas de las reuniones relacionadas con la Policía Nacional de Haití y el cuidado humanizado. El análisis siguió los pasos de recopilación, síntesis, la teoría y la recontextualización. Se originó en dos categorías: los significados de la atención humanizada y dificultades en la implementación de la atención humanizada. Este estudio presenta cómo las directrices teóricas del Sistema Único de Salud (SUS), la Política Nacional de Humanización (NHP) y el cuidado del recién nacido Humane (RN) con bajo peso (canguro), que sirven como base para las políticas dirigidas para la humanización. Para los participantes el significado del cuidado humanizado está asociada con la sensibilidad y la RN dolor, con la disponibilidad de tiempo del personal en la prestación de cuidados de enfermería de los recién nacidos y sus familias, la capacidad de ponerse en la posición de la otra, en relación y la información transferida a la familia, pero esta atención también depende de una infraestructura física adecuada y la modernización de los equipos. Los participantes creen que para poner en práctica la atención humanizada, hay una necesidad de mejorar la estructura física y las condiciones de trabajo, así como fomentar la gestión participativa.

Palabras clave: recién nacido, cuidados de enfermería, la humanización, la política pública.

Introdução

O cuidado ao prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI N) tem passado por importantes transformações. Nesse contexto algumas intervenções têm sido recomendadas e implementadas nas unidades neonatais para instrumentalizar o trabalho da equipe de saúde, tais como: a liberação de visitas de outros membros da família, a permanência dos pais junto ao filho internado, a implementação de grupos de apoio aos familiares, o incentivo à participação da mãe no cuidado ao bebê e na tomada de decisão do tratamento, dentre outras (GAIVA, SCOCHI, 2005).

No dia-a-dia de uma UTIN, a pesada rotina de trabalho, a desgastante função de lidar com pacientes graves pode fazer com que os profissionais de saúde que atuam nesse espaço, consciente ou inconscientemente, banalizem a dor ou se mostrem indiferentes a ela, dificultando ações relacionadas à humanização do cuidado. Muitas vezes essas são as formas encontradas pelo profissional para lidar com essa situação estressante (LAMY, GOMES, CARVALHO, 1997).

É necessário compreender que cada indivíduo possui sua singularidade constituindo-se de uma identidade única. Não ser sensível a esse fato conduziria a um tratamento rotinizado, padronizado, impessoal; no entanto, a padronização do atendimento não se configura necessariamente em sinônimo de desumanização, assim como um tratamento diferenciado também não garante o cuidado humanizado (DESLANDES, 2006).

A humanização do cuidado vem sendo referenciada e discutida por muitos autores desde a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) no ano de 2004. Nesta, é essencial a valorização e a participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores. No âmbito Neonatal destacam-se: Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Método Canguru e a Rede Cegonha.

O Método Canguru é uma política pública e está sendo ampliado e fortalecido no Brasil, uma vez que foi incorporado às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Esta norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru, foi instituída na Portaria GM/MS nº 1.683 de 12 de julho de 2007. Esta reúne conhecimentos acerca das particularidades físicas e biológicas e

das necessidades especiais de cuidados técnicos e psicológicos do casal grávido, da gestante, da mãe, do pai, do recém-nascido de baixo peso e de toda a sua família. Abrange também a equipe de profissionais responsável por esse atendimento, buscando motivá-la para mudanças importantes em suas ações como cuidadores (BRASIL, 2011).

É considerado um modelo de cuidado perinatal voltado para a melhoria da qualidade deste, e é desenvolvido em três etapas embasado em princípios da atenção humanizada; redução do tempo de separação entre mãe e recém-nascido e fortalecimento do vínculo, permitindo um controle térmico adequado do RN; redução do risco de infecção hospitalar; redução do estresse e da dor do recém-nascido; aumento das taxas de aleitamento materno; melhoria da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido; melhoria relacionamento da família com a equipe de saúde; ampliação da competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar; redução do número de reinternações; e otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011).

No âmbito neonatal, o cuidar torna-se um grande desafio para o enfermeiro, em decorrência de o mesmo ser amplo e complexo, exigindo uma nova postura do profissional de saúde, permitindo-o assim manter relações sentimentais, empáticas e de compaixão com o outro (SILVA, 2005). Não esquecendo o respeito às individualidades, a segurança do recém-nato e o acolhimento ao bebê e sua família (ROCHA, FERREIRA, 2013).

A humanização do cuidado é construída com a participação e responsabilização da equipe de enfermagem. Essa equipe precisa acreditar que o RN grave ou potencialmente grave e sua família possuem direitos e deveres no processo de saúde. Esse cuidado

humanizado precisa estar condicionado a uma atitude ética e moral do cuidador.

Assim, neste estudo, consideramos as ações de difusão de boas práticas na realização do cuidado humanizado ao RN na UTIN, como sendo as formas de cuidar, centradas no ser humano e em suas necessidades biopsíquicas, ou seja, direcionadas ao RN e seus pais, fundamentados na PNH.

Ao observar as práticas de cuidado humanizado realizadas em uma instituição pública do sul do país, em que atua a pesquisadora, percebe-se que o cuidado de enfermagem prestado ao RN pela equipe de enfermagem de modo geral, era realizado de forma mecanizada e com pouco envolvimento com o RN em sua individualidade. Essa forma mecanizada diz respeito a valorização do ser humano ou da técnica ao cuidar, aos procedimentos (a quais, como e quando realizá-los), sua interferência ou não na relação entre o RN e seus pais e as técnicas e instrumentos utilizados.

Desta forma, temos a seguinte questão norteadora: quais as facilidades e dificuldades apontadas pela equipe de enfermagem neonatal para realizar o cuidado de acordo com a orientação da PNH? Quais as estratégias apontadas pela equipe de enfermagem neonatal para contribuir com a prática do cuidado humanizado de acordo com a orientação da PNH?

Para responder essas questões, este estudo tem por objetivo: estabelecer estratégias em conjunto com alguns integrantes da equipe de enfermagem neonatal que contribuam para a realização do cuidado humanizado ao RN grave ou potencialmente grave de acordo com a orientação da Política Nacional de Humanização

Para fundamentar a abordagem do tema utilizou-se como referencial teórico as diretrizes da Política Nacional de Humanização e como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa na modalidade Convergente-Assistencial (PCA). Essa modalidade se caracteriza pela junção entre a prática assistencial e o processo educativo que o enfermeiro desenvolve como facilitador no seu ambiente de trabalho junto à equipe de enfermagem. A PCA é um método voltado para resoluções ou minimização de problemas da prática do cotidiano que a enfermeira vivencia e nas possíveis mudanças que o

processo de reflexão promove nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

O local de realização deste estudo foi a UTIN de uma maternidade do sul do Brasil. Os participantes do estudo foram oito integrantes da equipe de enfermagem (sete técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem) que concordaram na participação do estudo. São integrantes da equipe de enfermagem que atuam no cuidado ao RN e seus familiares dentro da UTIN.

Foram realizados 04 encontros reflexivos, no período de janeiro a março de 2014, utilizando como referencial teórico a PNH para guiar o estudo. No 1º encontro conhecemos o que os participantes entendiam por PNH, e como ela poderia contribuir para o cuidado humanizado na UTIN. O 2º encontro se propôs a identificar o que os participantes entendiam por cuidado humanizado. Já no 3º encontro foram discutidas as facilidades e dificuldades que os participantes apontavam. No último encontro levantamos sugestões para a superação das dificuldades na realização do cuidado humanizado.

A coleta dos dados da PCA, portanto, foi realizada a partir dos depoimentos dos participantes durante o transcorrer dos encontros. Para os registros dos grupos de reflexões utilizou-se a gravação de áudio, conforme acordado anteriormente. Também foi feito registro dos dados em Diário de Campo, anotando na íntegra os relatos e diálogos que foram gravados durante os encontros. Portanto, a coleta de dados englobou os depoimentos, reflexões e consensos, oriundos dos encontros.

Para analisar os dados dessa PCA, envolveu-se os processos de apreensão, síntese e teorização proposta pela PCA (TRENTINI; PAIM, 2004). Inicialmente, realizou-se leitura das falas obtidas no decorrer dos grupos reflexivos, onde emergiu palavras-chaves, contemplando o objetivo da pesquisa. A etapa de síntese que veio a seguir remeteu a leituras de artigos pertinentes ao tema, objetivando a procura de expressões emitidas pelos sujeitos na perspectiva de levantar as possíveis categorias. Por fim, a etapa de teorização buscou estreitar a relação das categorias com o referencial teórico (TRENTINI; PAIM, 2004)

Assegurando os preceitos éticos, os sujeitos do estudo aceitaram dela participar voluntariamente e assinaram o TCLE. Os participantes foram identificados com letras do alfabeto (A,B,C,D,E,F,G,H). Os encontros foram realizados na sala do Centro de Estudos da própria instituição.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o certificado 20306513.9.0000.0121 (Anexo 2) e atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A pesquisa seguiu as diretrizes e normas éticas, que regulamenta estudos envolvendo seres humanos, preconizadas na Resolução 466/2012, sendo autorizada pela instituição onde a pesquisa foi realizada e pelo Comitê de Ética em Pesquisa ao qual o hospital está vinculado, aprovado sob o número 20306513.9.0000.0121. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato dos participantes, foi utilizado letras do alfabeto (A, B, C, D, E, F, G e H).

Resultado e discussão

Obtiveram-se como resultado do estudo, duas categorias, a saber: *significados do cuidado humanizado, que se refere ao entendimento dos participantes sobre o cuidado humanizado e significados do cuidado humanizado; dificuldades na implementação do cuidado humanizado: construindo propostas para sua superação*, que diz respeito às facilidades e dificuldades que os participantes apontaram como limitantes para a realização do cuidado humanizado, bem como as estratégias para melhorar a qualidade do cuidado humanizado ao RN grave ou potencialmente grave.

Categoria 1 - Significados do cuidado humanizado

Essa categoria refere-se aos significados expressos pelos participantes ao cuidado humanizado na UTIN. Os participantes focalizam o cuidado humanizado na perspectiva do RN grave ou potencialmente grave e da sua família, colocando-se em seu lugar.

- É um todo, além dos cuidados com o RN, ver além: dar carinho, conforto, tentar minimizar a dor, e estar presente com a mãe e o pai principalmente. Se colocar no lugar do outro! (B)

A humanização é a capacidade de se colocar no lugar do outro, e assim, ter um cuidado com respeito e dignidade. Envolve um processo de produção de serviços de saúde bem como as relações entre usuários e trabalhadores, significa reconhecer os sujeitos como dotados de desejos, necessidades e direitos (VILA, ROSSI apud SANTANA et. al., 2012)

Cuidar de forma humanizada é respeitar o outro, ser atencioso, considerar a individualidade e subjetividade de cada um, e tratá-lo com deferência. Já humanizar-se é a capacidade de ser frágil, poder chorar sentir o outro, ser vulnerável e, ao mesmo tempo, ter vigor, lutar, resistir, poder traçar caminhos (BARBOSA e SILVA, 2007).

O conceito de cuidado humanizado para os participantes está relacionado a sensibilização, a sentimentos de respeito e dignidade pelo RN grave ou potencialmente grave e sua família.

- Eu me colocar no lugar do RN, dos pais e ter sensibilidade. Visando o bem estar do RN e ser menos agressiva com os pais. Ter sensibilidade, já é meio caminho andado! (D)

Neste âmbito, sensibilizar-se é tornar-se capaz de sentir, de receber facilmente as sensações externas. É tornar-se emotivo. Nas discussões, os participantes deste estudo reforçam a importância de se preocupar mais com o outro, respeitando-o em sua totalidade e integralidade, levando em consideração os sentimentos do RN grave ou potencialmente grave e sua família. Levar em conta os anseios do coração e da alma e criar uma nova postura dentro dos preceitos da humanização e, valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, consolidando a humanização inerente a estes contextos (BUENO, 2004).

Sensibilizar-se com a presença da família significa estar atento na realização do cuidado, orientando as mães e a família sobre os passos iniciais da lactação, os procedimentos básicos de higienização pessoal e do bebê, o vínculo pais-bebê, as formas de contato com o recém-nascido em cada fase do Método Canguru, com ênfase no contato pele a pele desde a UTI, na observação dos sinais de risco para este quando na posição pele a pele, os fatores e os sinais de risco comportamentais para a mãe no pós-parto, especialmente na segunda e na terceira etapas do método. Estabelecendo vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2011). Além das habilidades caracterizadas pelos participantes deste estudo, reforçaram também, a importância sobre o manejo da dor no conceito de cuidado humanizado. Conforme depoimento abaixo:

- Mais cuidado com o RN na hora do procedimento, preparar o local da incubadora, proporcionar conforto na hora do procedimento, menos agressivo; tentar acalmar o RN, fazer as tarefas com mais tranquilidade. Levar em consideração a dor do RN! (C)

O recém-nascido pré termo (RNPT) é mais sensível à dor do que o RN a termo devido à plena capacidade de percepção e a pouca capacidade de inibição da dor uma vez que o seu sistema endorfinico não está completamente funcional. Alguns RN demonstram reações à dor por meio de respostas comportamentais, como expressões faciais e o choro, outras por respostas fisiológicas, como aumento da frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, pressão intracraniana, saturação de O₂, aumento nos níveis de cortisol, catecolaminas e glucagon e diminuição da insulina (BRASIL, 2002).

Sabe-se que experiências adversas ou traumáticas podem elevar a taxa do hormônio cortisol no ser humano. Por sua vez o cortisol pode afetar o metabolismo, o sistema imunológico e o cérebro. Assim, experiências estressantes podem minar o desenvolvimento neurológico e deteriorar o funcionamento cerebral. Crianças que apresentam, de forma crônica, altos níveis de cortisol têm demonstrado mais atraso no desenvolvimento cognitivo, motor e social, quando comparadas a outras crianças. O estresse emocional também está associado com alterações na fisiologia cerebral (ANDRADE, 2004).

A busca pelos profissionais de um relacionamento interpessoal afetivo, no sentido de interação da própria equipe, família e paciente é significativa para a humanização do cuidado prestado. A comunicação é o principal meio de interação, o ouvir, o comprometimento com o estado emocional e o respeito à autonomia do paciente auxiliam na resposta de seus anseios (BRASIL, 2004)

A UTIN prima por ser um local onde se dá maior ênfase aos principais recursos profissionais e tecnológicos para atendimento dos recém-nascidos gravemente enfermos, com cuidados que são direcionados de forma especializada e adequados à recuperação e desenvolvimento em diversas especificidades (OLIVEIRA, 2009).

Na humanização do cuidado, o serviço hospitalar deve dispor de equipe multidisciplinar especializada, equipamentos específicos próprios e tecnologia adequada ao diagnóstico e terapêutico dos recém-nascidos graves ou com risco de morte, bem como precisam dispor de ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento fazem parte da PNH, e consequentemente do cuidado humanizado (BRASIL, 2011).

O cuidado humanizado aparece, ainda, com o significado de respeitar e manter a família informada sobre o quadro clínico do RN grave ou potencialmente grave.

- É o cuidado baseado no respeito aos pais! Dar informações a respeito dos bebês, a qualquer hora.(G)

Sabe-se que a falta de informação e a incerteza constituem importantes fontes de ansiedade em pacientes e em seus familiares (FITZSIMONS, PARAHOO, STRINGER apud MARUITI, GALDEANO, 2007).

A incerteza normalmente causa apreensão e ansiedade nos familiares, que esperam aflitos o momento da visita para retirarem as suas dúvidas e, de preferência, receberem boas notícias. Nesse caso, entende-se por "boas notícias" informações relacionadas à melhora do estado clínico do paciente, ao aumento da probabilidade de cura e à diminuição do risco de morte (MARUITI e GALDEANO, 2007).

A ação educativa do enfermeiro pode diminuir o desconforto e a ansiedade dos familiares. Essa ação não deve restringir-se a informar o paciente e a sua família quanto a natureza e as causas da doença, bem como os riscos relacionados à terapêutica. O enfermeiro deve estar preparado para estabelecer um relacionamento de empatia e confiança com a família, para comunicar-se de forma adequada, a fim de incentivar e motivar os familiares a retirarem todas as suas dúvidas, de forma a satisfazer a necessidade de informação e, desse modo, diminuir a angústia e o sofrimento de todos os envolvidos (MARUITI, GALDEANO, 2007).

Para alguns participantes o cuidado humanizado também está relacionado ao tempo, a estrutura física e bons equipamentos, conforme fragmento:

- Cuidado Humanizado é tempo disponibilizado e estrutura suficiente para fazer o método canguru, silêncio com os equipamentos (que não são modernos) que não atrapalhem o sono do RN.... (A)

Para a realização do cuidado humanizado, muitas vezes, na UTIN surgem situações que fogem às regras e padrões, e requerem maior disponibilidade de tempo por parte do profissional. Um exemplo é a chegada de um RN grave, necessitando de uma maior intervenção da equipe e interferindo no cuidado. A equipe precisa se ajustar a necessidade do cuidado ao RN grave ou potencialmente grave e as exigências institucionais.

Conforme o exposto, pode-se identificar alguns fatores que justificam a falta de tempo dedicado ao usuário como, por exemplo, o elevado número de atendimentos, o trabalho burocrático realizado pelo

enfermeiro e o número reduzido dos trabalhadores de enfermagem (MEZZOMO apud BECK et al, 2009)

É importante destacar que o ambiente em que o usuário é atendido deve representar um espaço que venha ao encontro da prestação de uma assistência qualificada pelos profissionais (HOGA, 1998 apud BECK et. al., 2009), contribuindo na humanização do cuidado.

Assim, acerca do conceito de cuidado humanizado ao RN grave ou potencialmente grave na expressão dos participantes deste estudo, pode-se considerar que o mesmo está relacionado com a sensibilidade e com a dor do RN, disponibilização de tempo da equipe de enfermagem (quando este permite) na prestação dos cuidados do RN e sua família, na capacidade de se colocar na posição do outro, respeitar e dar informações para a família, porém esse cuidado depende também de uma estrutura física adequada e modernização de equipamentos.

Categoria 2- Dificuldades na implementação do cuidado humanizado: construindo propostas para sua superação

No discurso de profissionais da enfermagem que atuam no cuidado do recém-nascido há uma ênfase de que desde os primórdios da UTIN busca-se a humanização, porém as práticas desenvolvidas dependiam de cada pessoa, de suas crenças e de seus valores. Na perspectiva dos profissionais presentes nos estudos das autoras anteriormente citadas, o cuidado enfatizava a abordagem biomédica, tendo a doença como foco central do cuidado. O recém-nascido era identificado por sua patologia, desconsiderando-se muitas vezes a sua história. O foco do cuidado estava nas técnicas, na sobrevivência do recém-nascido, na habilidade e na destreza do profissional (COSTA, PADILHA, 2011).

Diferentes perspectivas a respeito da humanização já são conhecidas e aplicadas, porém, o humanizar na profissão de Enfermagem caminha em consonância com os preceitos éticos e legais que regem a profissão (BRASIL, 2004). Pelo ambiente da UTIN gerar sentimentos de temor, insegurança, gerando ambivalência tanto nos pais como nos profissionais é fundamental a humanização dos próprios trabalhadores que atuam no setor, valendo-se o respeito à posição ética, a fim de se conseguir melhores resultados (OLIVEIRA, SANINO, 2011).

Estão agrupados alguns depoimentos dos participantes que relacionam as dificuldades na implementação do cuidado humanizado as

difficultades com a estrutura física, carência de alguns materiais, equipamentos e recursos humanos. Seguem os fragmentos:

- *Falta de estrutura física, materiais e funcionários; porque com a superlotação e número de funcionários reduzidos é difícil manter o atendimento humanizado. (A)*
- *A estrutura não é adequada, embora tenha boa intenção de todos. Utilizamos o que temos para fazer o que dá. (B)*
- *Estrutura física inadequada e materiais de péssima qualidade, funcionário sem preparo [...](C)*
- *[...] Não tem gente que lute pelo material de boa qualidade.[...](D)*
- *Espaço físico não tem [...](E)*
- *Espaço físico inadequado, falta de funcionários [...](F)*

Tem-se então que a comodidade e o bem-estar devem ser prioridades no atendimento em unidades de Pronto Socorro, corroborando com a PNH do Ministério da Saúde, que aborda, dentre outros aspectos, o conceito de Ambiência nas instituições hospitalares, o qual se refere à "[...] tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva [...]", focada na privacidade e na individualidade dos sujeitos envolvidos. Exaltam-se os elementos do ambiente que interagem com o homem (cor, cheiro, som, iluminação, morfologia), com a finalidade de garantir conforto aos trabalhadores, pacientes e sua rede social (BRASIL, 2010, p. 6)

Sabe-se que o espaço físico e os recursos materiais são fundamentais para um cuidado pleno. No entanto, ressalta-se que o mais importante é o sentimento humano que impregna a ação dedicada ao enfermeiro, tornando-o capaz de criticar para construir uma realidade mais humana para os pacientes (VILA, ROSSI, 2002).

A valorização da ambiência deve estar voltada para uma atenção acolhedora, resolutiva e humana. A humanização do cuidado dentro da ambiência está relacionada tanto pelo aspecto de tecnologias e bons materiais, como os componentes estéticos e sensíveis do ambiente físico (BRASIL, 2010).

Os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil. É importante que essas áreas permitam a colocação de

assentos removíveis (cadeiras – bancos) para, inicialmente, facilitar a colocação em posição canguru (BRASIL, 2011).

A escassez de materiais emerge como um dos maiores problemas no trabalho, senão o maior, podendo gerar o estresse na equipe de Enfermagem. A carência de material implica na necessidade pela sua busca e na perda de tempo que poderia ser destinado à assistência. O fato de buscar condições para realizar o trabalho aliado à situação de nem sempre encontrá-las, emergem sentimentos de irritação e cansaço do profissional. (CORONETTIL et al, 2006).

A UTIN por ser uma unidade complexa e com a presença de pacientes críticos, tem uma rotina bastante diferenciada das outras. É inerente ao setor a sobrecarga de trabalho imposta pelo cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem. Nesta linha também foi mencionado a falta de funcionários dentro da unidade, dificultando a realização desse cuidado.

O excesso de atividades, decorrentes da insuficiência de pessoal e de material, inviabiliza a realização de muitas atividades, tornando, além de angustiante, praticamente impossível à realização de um trabalho de qualidade (LUNARDI apud CORONETTIL, 2006)

Para que a adequada e qualificada assistência seja realizada de forma efetiva, a equipe de Enfermagem de uma UTI deve ser calculada com base em alguns critérios, tais como: características da instituição, quantidade e qualidade dos equipamentos, planta física, número de leitos e qualificação do pessoal.

Em UTI, o dimensionamento do pessoal de enfermagem, além de suprir à demanda de cuidados requerida pelos pacientes, contribui para que sejam mantidas condições favoráveis de trabalho e, consequentemente, a saúde dos trabalhadores de enfermagem que lidam diariamente com situações estressantes – o sofrimento e a morte (INOUE, MATSUDA, 2010). Na UTIN, não se exige economizar recursos humanos e recursos técnicos, o importante é aprimorar a atenção perinatal e o cuidado humanizado (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, o dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma UTIN, além da melhoria do cuidado assistencial prestado aos pacientes, contribui para que sejam fornecidas condições favoráveis de trabalho e, consequentemente, visando à saúde da equipe de enfermagem, que lida diretamente com situações estressante como o sofrimento e a morte pois na UTIN estão alocados pacientes extremamente debilitados e que necessitam de cuidados intensos e constantes, comumente maiores do que em outras unidades hospitalares (LORENZINI, COSTA e SILVA, 2013).

Podemos verificar que a sobrecarga de trabalho está associada ao número de funcionário e à rotina da UTIN e que a sobrecarga de trabalho, muitas vezes, é consequência da falta de funcionários e rotatividade da unidade (OLIVEIRA, SANINO, 2011).

De acordo com que é preconizado no artigo 2º da Resolução COFEN – n.º 293/2004, “o dimensionamento e a adequação quantitativa do quadro de profissionais de Enfermagem devem basear-se em características relativas” como à instituição (missão, porte, estrutura, tipo de serviço, complexidade), ao serviço de enfermagem (exercício profissional – aspectos técnico-administrativos, dinâmica de funcionamento da unidade, modelo gerencial, modelo assistencial, método de trabalho) e à clientela (sistema de classificação de pacientes. A resolução também preconiza o percentual do total de profissionais de Enfermagem, de acordo com o sistema de classificação do paciente, no caso assistência intensiva, de 52% a 56% devem ser enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem (COFEN, 2004).

Os participantes também demonstraram em seus fragmentos, que as condições de trabalho também podem estar prejudicando a implementação do cuidado humanizado na UTIN. Surgiram como condições de trabalho: dificuldades de comunicação com a gestão imediata, dificuldades de interação da equipe multiprofissional, dentre outras.

- Funcionários estressados, sem sensibilidade com o sentimento do pai e da criança. Gera desentendimento entre funcionários e equipe médica com os funcionários. Essas coisas englobam muita coisa. Não vejo facilidades. (D)

- Implantação primeiro da humanização para os funcionários, depois pais e RNs. (E)

-[...] equipe integrada e harmoniosa não existe, stress natural do setor. Importância dos pais para auxiliar nos cuidados do RN de risco e pais, junto com a equipe. Falar não adianta, estamos ainda sujeitos ao assédio!(F)

Por ser um ambiente bastante estressante, com luz intensa, diversos ruídos, grande intensidade de procedimentos, pouca interação com os familiares, existe a possibilidade, de naturalmente, acabar gerando o estresse. O ambiente já é caracterizado como promotor de estresse pela sua complexidade e rotina intensa e desgastante, grande fluxo de pacientes graves, grande rotatividade de funcionários e pais; além disso, existe o envolvimento emocional e afetivo, a gravidade dos

RNs internados, a situação do nascimento prematuro, o dilema da vida e da morte, a ansiedade da família, problemas pessoais e financeiros desses funcionários, conflitos pela falta de tempo dedicado à família, entre outros.

Somando-se a essa situação, tem-se a precariedade das condições de trabalho e da remuneração. Conforme citado pelos participantes deste estudo, as irregularidades das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes ou acordadas e a conseqüente regressão dos direitos sociais podem ser encontrados igualmente nos estudos de Medeiros et. al. (2006).

As dificuldades de relacionamento também foram citadas pelos participantes deste estudo como desgastantes. Os participantes revelam que nem sempre o modo de falar, de se dirigir ao outro, no cuidar, no interagir, ao expor suas ideias com os usuários (RNs e principalmente familiares), é o mesmo entre os colegas de trabalho. É perceptível nas discussões, que os participantes deste estudo se preocupam com o tipo de relacionamento com o usuário, e acabam esquecendo a relação entre eles, e ou com a equipe de enfermagem.

Para Souza e Ferreira (2010), na sua pesquisa, os profissionais revelam que nem sempre o tratamento dispensado aos usuários é o mesmo entre os colegas de trabalho. Ainda que justificado pela tensão presente no ambiente, situações de hostilidade são consideradas um desgaste que pode interferir diretamente no cuidado dispensado aos pacientes e seus familiares.

Para relações humanizadoras e saudáveis admite-se a que chefias e/ou colegas construam relações horizontais de trabalho, respeitando-se habilidades e competências individuais na construção do saber coletivo. A agressão verbal, prevalente nas manifestações de violência ao trabalhador de enfermagem (OLIVEIRA apud FONTANA, 2010) Pode-se inferir que esta violência pode ser decorrente de situações de trabalho, advindas de um sistema de saúde não resolutivo e inapropriado às demandas, porém, não justifica o desrespeito ao cidadão trabalhador que, assim como o usuário, deve ser, de forma ética e acolhedora, respeitado em toda a sua singularidade (FONTANA, 2010).

Para haver facilidades na realização do cuidado humanizado é necessário que se reflita sobre as condições de trabalho na UTIN e sobre a percepção da equipe de enfermagem sobre esse espaço.

Entender diferentes padrões de comportamento, mudanças de humor e a instabilidade entre sentimentos de confiança e desconfiança das famílias não representa uma tarefa fácil, principalmente diante do cansaço físico após horas de trabalho. Não se pode deixar de mencionar

as dificuldades institucionais, como relações de poder entre os gestores e diferentes membros do staff, dificuldades dentro da equipe e entre as equipes, que podem surgir entre os diferentes plantões e entre as diferentes categorias profissionais. Muitas vezes existem divisões, conflitos que, na verdade, são apenas representações de mal-estares provocados na maioria das vezes pela atividade executada (BRASIL, 2011).

A PNH possui um eixo de atuação na gestão do trabalho e apresenta algumas estratégias que propõem a valorização e o crescimento profissional, a participação dos trabalhadores nos processos de discussão, além de preconizar a gestão participativa e educação permanente aos seus trabalhadores nas unidades de saúde.

A operacionalização da Política Nacional de Humanização envolve, portanto, o acolhimento aos atores sociais do processo de saúde, as boas relações entre os profissionais, usuários e gestores, sob a primazia da comunicação, fatores intrínsecos, acredita-se, de enfrentamento da violência e do estresse ocupacional. “A priorização da comunicação requer do profissional uma mudança de foco e atitude: do fazer para o escutar, perceber, compreender, identificar necessidades[...], numa perspectiva na qual escutar não se restrinja a ouvir, mas a empregar manifestações de afeto que denotem aceitação e incitem a expressão de sentimentos e, perceber signifique identificar as diferentes dimensões do outro, a partir de suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade (MOURÃO apud FONTANA, 2010, p. 144)

Nas questões referentes à melhoria do cuidado humanizado dentro da UTIN, os participantes elencaram propostas e estratégias de mudanças para a superação das dificuldades inerentes ao desenvolvimento do cuidado humanizado. Isto foi possível com a reflexão sobre a realidade vivida no cotidiano da prática, das dificuldades enfrentadas diariamente o que lhes possibilitou uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual no trabalho, conforme Trentini e Paim (2004).

O contexto do cuidado em sua dimensão prática suscita inovação, alternativas de soluções para minimizar ou solucionar problemas cotidianos em saúde e renovação de práticas em superação, ou que requer comprometimento dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais unindo o saber-pensar ao saber-fazer (TRENTINI, PAIM, 2004).

Em relação ao espaço físico, os participantes do estudo consideram que este deixa a desejar. As salas são muito pequenas e não existe estrutura adequada para o acompanhante nas 24 horas. A maioria

defende a diminuição do número de leitos das salas, a fim de alojar melhor os familiares, ceder mais espaço para os equipamentos e melhorar o fluxo da equipe e dos familiares. A falta de estrutura física além de causar transtorno a toda equipe, pode aumentar o tempo disponibilizado ao cuidado e/ou nas realizações das tarefas. E acaba atrapalhando a dinâmica de trabalho.

-[...] talvez se fosse diminuído o número de leitos por sala, ficaria melhor para os pais e nós, sobraria espaço para colocar melhor as cadeiras e melhoraria o trânsito das pessoas.(G)

-Se não há dinheiro para grandes reformas, que a instituição faça uma readaptação na estrutura física. É vergonhoso não ter um banheiro na nossa unidade e nem guarda-volumes para as mães! Já tivemos coisas das mães que sumiram, fica todo mundo chateado!(H)

A ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Baseada na idéia de transversalidade e indissociabilidade da atenção e gestão, de projetos cogeridos de ambiência como um dispositivo, para contribuir na mudança das relações de trabalho. A compreensão da ambiência de acordo com a PNH visa a confortabilidade, serve como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e serve como espaço de encontro entre os sujeitos (BRASIL, 2010).

Os participantes deste estudo, igualmente ressaltam que existe a necessidade de aumentar o número de funcionários da UTIN, a fim de diminuir a sobrecarga de trabalho. Dependendo do número de RNs internados, da complexidade dos casos e do dimensionamento do pessoal, o número de funcionários é inferior para atender a demanda do setor interferindo de forma direta na qualidade da produção de cuidados. Alguns participantes mencionaram a importância dos pais, como apoio, na realização do cuidado.

-[...] melhorar as condições de trabalho é aumentar o número de profissionais de saúde[...](A)

Para Souza, Ferreira (2010) a Enfermagem aponta que, na prática,

cada profissional fica frequentemente responsável por cuidar de três crianças em cada plantão. Pontes (2004) relata que a relação profissional por recém-nascido clinicamente estável é de um profissional para dois recém-nascidos. A equipe da UTI neonatal também entende essa proporção como ideal.

No que diz respeito aos recursos materiais, como abordado anteriormente pelos participantes deste estudo se refere a falta de alguns materiais de boa qualidade e a existência e uso diário de materiais precários, gerando a improvisação, o que acaba dificultando a superação do cuidado humanizado.

- Não tem gente que lute pelo material de boa qualidade! O parecer técnico não adianta, sempre vem para gente o material mais barato! Humanizar assim, como? (D)

A compra, distribuição e manutenção de recursos materiais estão vinculadas à administração hospitalar que, segundo Paulus (2005), deve suprir todas as áreas da organização a fim de garantir a produção de cuidados com qualidade, conformidade e continuidade para o paciente. Na aquisição do material, também é considerado o menor preço e a qualidade do produto.

No processo de trabalho em saúde, é a administração que deve cuidar, para que a falta de material não se transforme em prejuízos para o paciente.

Os participantes deste estudo também apontaram como necessário a melhoria das condições de trabalho para realização do cuidado humanizado.

-Espaço físico adequado, condições de trabalho... A criação de um espaço para discutirmos as coisas. Eu gostaria de passar a visita com os médicos. A gente se sente excluído![...] (B)

Foi sugerida a criação de grupos com participação de todos os membros da equipe de enfermagem, a fim de discutir casos, promover treinamento, discutir problemas internos, queixas, problemas com os materiais e equipamentos, questões pessoais, problemas com a gestão imediata e com os demais funcionários. Igualmente levantaram a importância de participarem das visitas e condutas médicas de forma periódica.

O Método Canguru (BRASIL, 2011), afirma que a experiência da discussão clínica compartilhada entre as equipes tem mostrado resultados positivos, inclusive em relação a distorções no relacionamento entre equipes de enfermagem e médica, por exemplo. A

dúvida pode ser resolvida, o questionamento pode ser realizado de forma imediata. Não precisamos correr o risco de uma intervenção falhar ou ser equivocada para que a dúvida seja sanada. A inclusão nos grupos de diferentes membros da equipe pretende estabelecer formas mais adequadas de comunicação entre seus integrantes para que isso se traduza numa integração maior do grupo de trabalho e, conseqüentemente, possibilite formas de abordagem das tarefas mais padronizadas. Isso é fundamental quando pensamos nas diferentes formas como os diversos grupos de plantões estabelecem suas atividades e suas relações. Cada grupo tem seu estilo, determinando respostas diferentes e caminhos distintos no desenvolvimento de suas atividades de rotina.

Os participantes do estudo apontaram a importância da equipe ser humanizada e integrada para favorecer o cuidado humanizado. Uma equipe que trabalha unida acaba minimizando os conflitos dentro da unidade.

“um grupo de profissionais só configura uma equipe quando opera de modo cooperativo, convergindo seus objetivos para uma dada situação, de forma a haver complementaridade e não soma ou superposição. Operar de modo cooperativo não implica trabalhar sem conflitos. A presença deles é inevitável e universal” (CAMPOS apud BRASIL, 2011, p. 81).

A maioria dos participantes deste estudo acredita que uma gestão imediata eficiente e co-participativa, e um bom relacionamento com esta são estratégias que podem auxiliar na superação do cuidado humanizado.

- Existe uma divisão entre médicos, enfermeiros e técnicos. Humanização é tudo junto.[...] (E)

- Maior integração e harmonização da equipe médica e de enfermagem [...] (F)

Com a globalização os enfermeiros precisam cada vez mais qualificar-se, para que assumam a liderança no seu trabalho diariamente. Para se trabalhar neste momento é muito importante que o enfermeiro desenvolva cada vez mais o seu potencial de liderança, para isto, deve estar sempre buscando novos processos de aprendizagem para construir seus comportamentos e habilidades, aperfeiçoando sempre suas competências (DIAS, 2003).

Para se liderar e influenciar as pessoas é imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimentos sobre liderança, comunicação e motivação (SILVA, CUNHA, 2005). Outra característica que o líder deve desenvolver é ser capaz de ver uma situação através do ponto de vista de outras pessoas, além de relacionar-se bem com todos, não só com sua equipe, mas com seu local de trabalho. A confiança é um aspecto que não pode faltar no processo de liderança, e, além disto, o líder deve ser honesto, ter visão de futuro, competência, inspiração, coragem, senso de justiça e equidade (DIAS, 2003). O que todos esperam do líder é que ele desperte confiança, porém ele também deve obter a qualidade de ganhar a confiança de seus liderados (SIMÕES, FAVERO, 2003).

Por último, os participantes reforçaram a importância da gestão participativa como indicador do cuidado humanizado. Por isso, ela é fundamental na construção dessa mudança, porque contribui para tornar o cuidado mais humanizado, ou seja, eficaz, efetivo e motivador para as equipes de trabalho.

- A gente devia participar mais no que acontece na unidade. Quando a gente vê, as enfermeiras e os médicos já fizeram! Não temos participação em nada!(C)

Na PNH, de acordo com o Humaniza SUS, o modelo de gestão que estamos propondo é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

Os serviços de saúde têm três objetivos básicos: a produção de saúde; a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores; na sua própria reprodução enquanto política democrática e solidária, isto é, que inclui a participação dos trabalhadores da saúde, gestores e usuários em um pacto de corresponsabilidade. A gestão participativa reconhece que não há combinação ideal pré-fixada desses três pontos, mas acredita que é no exercício e no próprio fazer da cogestão que os contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão sendo construídos (BRASIL, 2004).

Dessa forma, os participantes acreditam que para implementar o cuidado humanizado nas UTINs, existe a necessidade de melhorar a estrutura física e as condições de trabalho (recursos materiais e humanos) e incentivo a gestão participativa.

Considerações Finais

Percebemos, concluindo esse estudo, que houve uma reflexão e uma maior compreensão do cuidado humanizado dentro da UTIN. Alguns fatores como problemas com a estrutura física, carência de alguns materiais e equipamentos, falta de recursos humanos e melhores condições de trabalho foram apontados como dificultores na implementação do cuidado humanizado ao RN grave ou potencialmente grave dentro da UTIN.

Constatamos que os participantes do estudo, desconhecem aspectos importantes da Política Nacional de Humanização, em função da pouca familiaridade com a abordagem teórica presente neste estudo.

O estudo serviu para iniciar uma mudança de atitude nos participantes. Sabemos que muita coisa já é feita na UTIN, mas precisamos incluir a participação da equipe nas mudanças.

Vivenciamos, ao longo do desenvolvimento da pesquisa o compromisso dos participantes em beneficiar o contexto do cuidado. Essa constatação reforça ainda mais a articulação entre a prática e a pesquisa, ampliando a possibilidade de utilização da Pesquisa Convergente Assistencial. Com certeza ela contribuiu para que as dificuldades e as estratégias de superação pudessem ser percebidas, reforçando ainda mais a articulação entre cuidar e pesquisar.

Acreditamos na necessidade de discutir e refletir junto aos demais membros da equipe de enfermagem sobre a importância das políticas públicas no processo de trabalho e de produção da saúde. É fundamental que a equipe esteja estimulada e familiarizada com a PNH, para o alcance da integralidade do cuidado humanizado. Uma das propostas não é fazer coisas diferentes, é fazer diferente as coisas que já são feitas. Ou seja, descobrir novas maneiras de realizar esse cuidado humanizado, levando em consideração a estrutura existente, os materiais existentes e o número de funcionários disponibilizados. Algumas estratégias podem ser melhoradas e aperfeiçoadas buscando a excelência desse cuidado.

As alternativas que surgiram, embora, com pouca governabilidade, podem ser encaminhadas e refletidas igualmente pelos demais membros da equipe e ou gestores responsáveis pelo gerenciamento do setor e da instituição como um todo como estratégias para superar as dificuldades encontradas na realização do cuidado humanizado podem ser fáceis de implementar através da conscientização, aceitação, mudança de atitude e comportamento. Outras podem ser reorganizadas conforme estrutura e demanda da UTIN e outras precisam de maior empenho dos gestores na aquisição de verbas

para reestruturar o espaço físico e viabilizar a compra de materiais e equipamentos.

Tornar o cuidado mais humanizado, dentro da UTIN, não é tarefa fácil, mas é o principal requisito quando se deseja implementar uma política comprometida com a defesa da vida e o fortalecimento do seu processo de pactuação democrática e coletiva.

Referências Bibliográficas

- ANDRADE, M. A. G. Transnatalidade e primeiras relações pais/bebê pré-termo. In. MARGOTTO, P. R. (coord), **Assistência ao recém-nascido de risco**. 1ª ed. Brasília: Pórfiro, 2004. p.85-156.
- BARBOSA, I. A.; SILVA, M. G. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Florianópolis, v. 60, n.5, p. 546-551. 2007.
- BECK, C. L. C.; *et al.*. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 54-61. 2009.
- BRASIL, (2002). **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru**. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 280p.
- BRASIL, (2004) **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção a gestão em todas as instâncias dos SUS**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: www.saude.gov.br/humanizasus. Acesso em 27 de abril de 2014.
- BRASIL, (2011). **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru Manual Técnico**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011
- Brasil, (2010). **HumanizaSUS: Ambiência**. Núcleo técnico da política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2 Ed., 2010. 33p.
- BRASIL, (2012) **Portaria 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS. Ministério da Saúde: Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 12/04/2014.
- BUENO, S. **Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: FTD; 2004. 830p.
- COFEN. **Resolução COFEN 293/2004**. Fixa e estabelece parâmetros

para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de saúde. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2004. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4329>. Acesso em 20 de fevereiro de 2014.

CORONETTI, A.; NASCIMENTO, E. R.; BARRA, D. B. C.; MARTINS, J. J. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Ribeirão Preto, S.P, v. 35, n. 4, p. 36-43. 2006.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 248-255. 2011.

DESLANDES, S. F. Humanização revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-47.

DIAS, M. A. A. Liderança: uma nova visão da atuação do enfermeiro frente a sua equipe. **Rev Academia Enferm.** São Paulo, v. 1, n. 1, p. 15-19. 2003.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 200-207. 2010.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev Bras Enferm.** Minas Gerais, v. 58, n. 4, p.444-448. 2005.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul Enferm.** Paraná, v. 23, n. 3, p. 379-384. 2010.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 73, n. 5, 293-298. 1997.

LORENZINI, E.; COSTA, T. C.; SILVA, E. F. Controle de infecção em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 107-113. 2003.

MARUITI, M. R.; GALDEANO, L. E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta paul.**

enferm. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 37-43. 2007.

MEDEIROS, S. M., et al. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Rev. Eletr. Enf.** Aracajú, v. 8, n. 2, p. 233-240. 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm. Acesso em 20 de maio de 2014.

OLIVEIRA, L. L., SANINO, G. E. C. A Humanização da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: concepção, aplicabilidade e interferência na assistência humanizada. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. São Paulo, v.11, n.2, p 75-83. 2011.

OLIVEIRA, M. M. C., et al. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 44-52, 2009.

PAULUS, Jr. Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 7, n. 1, p. 30-45, 2005.

PONTES, K. A. E. S. **Avaliação da carga de trabalho da equipe de enfermagem Neonatal de acordo com a categoria do recém-nascido**. 2004. 77 folhas. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz; 2004.

ROCHA, D. K. L.; FERREIRA, H. C. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem em Foco**. Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 24-28, 2013.

SANTANA, J. C. *et al.* O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. **Rev. Enfermagem**. Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 47-57. 2012.

SILVA, L. T., CUNHA, I. C. K. O. **Liderança em Enfermagem: conceitos, evolução e dificuldades dos enfermeiros**. Ver. Enf. UNISA. 2005.58-63

SIMÕES, A. L. A.; FÁVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 5, p. 567-573, 2003.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI

neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 471-480. 2010.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: Um desenho que une o saber fazer e o saber pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004. 143p.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva, muito falado e pouco vivido. **Rev Latinoam Enferm**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 2. p. 1-15, 2002.

Considerações Finais

O presente estudo permitiu conhecer a percepção de alguns integrantes da equipe de enfermagem neonatal sobre o cuidado humanizado do RN grave ou potencialmente grave, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização, bem como estabelecer estratégias em conjunto com alguns integrantes da equipe de enfermagem neonatal que contribuam para a realização do cuidado humanizado ao RN grave ou potencialmente grave de acordo com a orientação da Política Nacional de Humanização.

Os resultados apresentados demonstram que alguns integrantes da equipe de enfermagem tem pouco conhecimento sobre a PNH, mas acreditam que o cuidado humanizado envolve o acolhimento, a relação do vínculo, o processo de comunicação e o olhar holístico. Essas características estão vinculadas a PNH, porém se faz necessário um maior aprofundamento para se obter mudanças concretas na gestão dos serviços.

A implementação do cuidado humanizado pode estar sendo prejudicada, na visão desses integrantes da equipe, pelas dificuldades existentes com a estrutura física e condições de trabalho e os problemas relacionados aos recursos materiais e humanos. Alguns desses fatores reforçam a falta de envolvimento da gestão institucional na implantação da PNH. A instituição precisa se responsabilizar para repassar as informações referentes a PNH e respectivas políticas públicas vinculadas à mulher e ao RN, aos usuários do SUS e principalmente aos trabalhadores de saúde. E, acima de tudo, cumpri-la. A política aposta na inclusão dos trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.

O cuidado humanizado, que já é realizado na unidade, precisa ser motivado pelos gestores, não só pela cobrança de reduzir manuseios excessivos pelo comprometimento das alterações fisiológicas e comportamentais ou por ser melhor para o RN (Rede Cegonha e Método Canguru), mas também por estabelecer melhores condições de trabalho na UTIN.

Avaliamos que o desenvolvimento da pesquisa permitirá a tentativa de busca de soluções para os problemas vivenciados na prática assistencial e de auxílio na tomada de decisão. É importante a implementação do cuidado humanizado dentro da UTIN.

A política de humanização, portanto, precisa ser considerada uma construção coletiva que acontece a partir da identificação das potencialidades, necessidades, interesses e desejos dos sujeitos

envolvidos, bem como da criação de redes interativas, participativas e solidárias entre as várias instituições que compõem o SUS. Compreende-se que, como política, "ela deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais e entre as diversas unidades e serviços de saúde" (MOTA, MARTINS, VÉRAS, 2006, p.324).

Este estudo vem contribuir para a produção de novos olhares, novos conhecimentos, vivenciados através das reflexões e debates dos encontros. Esse estudo não deve se esgotar nesse momento, necessita ser ampliado para toda a equipe de enfermagem da UTIN.

A elaboração de um MANUAL DE BOAS PRÁTICAS E AÇÕES HUMANIZADORAS EM NEONATOLOGIA(Apêndice 5), servirá como um instrumento para auxiliar na sistematização da assistência, com o objetivo de unificar ações que promovam o cuidado humanizado dentro da UTIN.

Referências Bibliográficas

AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, Pelotas, v. 19, n. 4, p. 444-449. 2006.

ANDRADE, M. A. G. Transnatalidade e primeiras relações pais/bebê pré-termo. In. MARGOTTO, P. R. (coord), **Assistência ao recém-nascido de risco**. 1ª ed. Brasília: Pórfiro, 2004. p.85-156

ARCHANJO, L.; BARROS, B. **Política Nacional de Humanização: desafios de se construir uma política dispositivo**. ABRAPSO. 2010. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/360.%20pol%CDtica%20nacional%20de%20humaniza%C7%C3o.pdf f. Acesso em: 15 de março de 2013.

BACKES, S.; et al. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.3, p. 427-434, 2005.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. G. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Florianópolis, v. 60, n.5, p. 546-551. 2007.

BARRETO, A. A. A transferência de informação, o desenvolvimento tecnológico e a produção de conhecimento. **Cad. Prog. Pós-Gradu Cio Inf**. v.1, n.2, p.2-10. 1995.

BECK, C. L. C.; *et al.*. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 54-61. 2009.

BENEVIDES, R.; PASSOS E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 549-560, 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 9.ed. Petrópolis, Vozes: 2004. 200p.

BONNETI, A.; SILVA, D. G. V.; TRENTINI. M. O método da pesquisa convergente assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro. v. 17, n. 1, p. 179-183. 2013.

BRASIL, (1990). **Lei 8080, de 19 de setembro de 1980**. Dispõem sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde: Brasília, 1980. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

BRASIL, (2004). **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 19p.

BRASIL, (2008). **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.72p.

BRASIL, (2010). **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.

BRASIL, (2011). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:Princípios e Diretriz, Programas e Relatórios**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011, 80p.

BRASIL, (2011a). **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru Manual Técnico**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, (2011b). **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Secretária de Atenção à Saúde. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 157p.

BRASIL, (2012) **Portaria 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS. Ministério da Saúde: Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 12/04/2014.

BRASIL, 2011c. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS), C)

BRAVO, M. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. 24p.

BUENO, S. **Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: FTD; 2004. 830p.

CHERNICHARO, I. M.; SILVA, F. D.; FERREIRA, M. A. A humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 686-693. 2011.

COFEN. **Resolução COFEN 293/2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de saúde. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2004. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4329>. Acesso em 20 de fevereiro de 2014.

CORBANI, N. M.; S.;BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 349-3554. 2009.

CORONETTI, A.; NASCIMENTO, E. R.; BARRA, D. B. C.; MARTINS, J. J. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 36-43. 2006.

COSTA, R.; *et al.* Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **HERE - Revista Eletrônica**. Brasília, v. 1, n. 1, p. 55-68. 2010.

COSTA, R.; MONTICELLI, M O método mãe-canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 59, n. 4, p. 578-562. 2006.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. A humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface -Comunic., Saude, Educ.** São Paulo, v.13, supl.1, p.571-80. 2009.

CRUVINEL, F. G.; PAULETTI, C. M. Formas de atendimento humanizado ao recém nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 102-125, 2009.

DALBOSCO, C. A. O cuidado como conceito articulador de uma nova relação entre filosofia e pedagogia. **Educação Social.Campinas**. São Paulo, v.27, n.97, p.1113-1135. 2006.

DESLANDES, S. F. Humanização revisitando o conceito a partir das

contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-47.

DIAS, M. A. A. Liderança: uma nova visão da atuação do enfermeiro frente a sua equipe. **Rev Academia Enferm**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 15-19. 2003.

FERREIRA, H. C.; ROCHA, D. K. L. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem em Foco**. Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 24-28. 2013.

FONSECA et al. Reflexões éticas sobre o cuidado humanizado na percepção dos enfermeiros. **Ciência & Saúde**. Porto Alegre, v. 3, n.1, p. 2-8. 2010.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 200-207. 2010.

FREITAS, D. **O SUS e a humanização no parto**. 2011. 24 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, 2011.

GAÍVA, M. A. M., SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 12, n. 3, p. 469-476. 2004. Disponível em: www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo. Acesso em 10 de março de 2014.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev Bras Enferm**. Minas Gerais, v. 58, n. 4, p.444-448. 2005.

GOMES, A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas da integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface- Comunic., Saúde, Educ**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p.287-301. 2005.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul Enferm**. Paraná, v. 23, n. 3, p. 379-384. 2010.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva.

Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v. 73, n. 5, 293-298. 1997.

LORENZINI, E.; COSTA, T. C.; SILVA, E. F. Controle de infecção em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 107-113. 2003.

MARUITI, M. R.; GALDEANO, L. E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 37-43. 2007.

MEDEIROS, S. M., et al. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Rev. Eletr. Enf.** Aracajú, v. 8, n. 2, p. 233-240. 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm. Acesso em 20 de maio de 2014.

MOREIRA, M. E. L., BONFIM, O. L. Manuseio da dor no recém-nascido. In: MOREIRA, M. E. L., LOPES, J. M. A., CARVALHO, M. (org). **O recém-nascido de alto risco - teoria e prática do cuidado.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p.489-508.

MOTA, R. A., MARTINS, C. G. M., VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na Política de Humanização Hospitalar. **Psicol. Estud.** São Paulo, v.11, n.2, p.323-30, 2006.

NASCIMENTO, E. R. P., MARTINS, J. J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. **Nursing Revista Técnica de Enfermagem.** São Paulo, v. 3, n. 29, p. 26-30, 2000.

NETO, A. V. L.; *et al.* Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. **Rev Enferm UFSM.** Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 276-286. 2013.

NETO, J. A. S.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 372-377. 2010.

OLIVEIRA, B. R. G., et al. N. O processo e trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto contexto-enfermagem.** Florianópolis, v. 15, n.spe, p. 105-113. 2006.

OLIVEIRA, K.; ORLANDI, M. H. F.; MARCON, S. S. Percepções de enfermeiro sobre orientações realizadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Rene.** Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 767-775. 2011.

OLIVEIRA, L. L., SANINO, G. E. C. A Humanização da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: concepção, aplicabilidade e interferência na assistência humanizada. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. São Paulo, v.11, n.2, p 75-83. 2011.

ORTONA, C.; FORTES, P. A. C. Jornalistas que Escrevem sobre Saúde Conhecem a Humanização do Atendimento? **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n.4, p.909-915. 2012.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548. 2011.

PASCHE, F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.13, n.1, p. 701-708. 2009.

PAULUS, Jr. Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 7, n. 1, p. 30-45, 2005.

PONTES, K. A. E. S. **Avaliação da carga de trabalho da equipe de enfermagem Neonatal de acordo com a categoria do recém-nascido**. 2004. 77 folhas. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz; 2004.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Paraíba, v. 9, n. 1, p. 200-213. 2007.

REIS, L. S. R.; *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 118-124. 2013.

RIBEIRO, C. D. M.; REGO, S. Bioética Clínica: contribuições para a tomada de decisões em unidades de terapia intensiva neonatais. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2239-2246. 2011.

ROCHA, A.; BOCCHI, M.; JULIANI, M. O princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) – Utopia? **INTERthesis**. Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 120-132. 2011..

ROCHA, F C. V.; *et al.* O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 186-189. 2011. A

2)ROCHA, R. *et al.* Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na Unidade Neonatal. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 502-509. 2011. B

ROLIM, C.; CARDOSO, L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 85-92, 2006.

SANTANA, J. C. *et al.* O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros . **Rev. Enfermagem**. Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 47-57. 2012.

SCHIMITH, M.D., *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab Educ Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 479-503. 2011.

SENA, R. R.;*et al.* O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface – Comunic., Saude, Educ**. Botucatu, v. 12, n. 24, p. 23-34. 2008.

SEVERINO, A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23^a ed. São Paulo: Cortez, 2007. 304p.

SILVA, F. S. **Entre as dimensões de segurança na interação médico-enfermagem-pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2010. 133 folhas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, São Paulo, 2010

SILVA, L. G.; ARAÚJO, R. T.; TEIXEIRA, M. A. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** Goiás, v. 14, n. 3, p. 634-643. 2012.

SIMÕES, A. L. A.; FÁVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 5, p. 567-573, 2003.

SIMSEN, D; CROSSETTI, D. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão dos cuidadores de enfermagem. **Revista Gaúcha de**

Enfermagem. Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 231-242. 2004.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 471-480. 2010.

TAVARES, E. C. **Sobre revisão narrativa, integrativa e sistemática.** Belo Horizonte, 2010. Disponível em <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br>> acesso em 02 de julho de 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: Um desenho que une o saber fazer e o saber pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004. 143p.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; VÁSQUEZ, M. L. A responsabilidade social da enfermagem frente à política da humanização em saúde. **Colômbia Médica,** Colômbia, v. 42, Suplemento, 1, p. 95-102. 2011.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva, muito falado e pouco vivido. **Rev Latinoam Enferm.** Ribeirão Preto, v. 10, n. 2. p. 1-15, 2002.

WALDOW, V. R. **Cuidar expressão humanizadora da enfermagem.** Petrópolis: Vozes, 2007. 190p.

ANEXOS

APÊNDICE 1

Universidade Federal de Santa Catarina

Hospital Universitário

Mestrado Profissional em Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza

Discente: Enfermeira Mestranda Soraya Jeanine Ferreira Pereira

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

Entrevista:

- O que você entende por PNH, e como ela pode contribuir para o cuidado humanizado na UTIN?
- O que você entende por cuidado humanizado?
- Quais as facilidades e dificuldades que você aponta para a realização do cuidado humanizado?
- O que você pode sugerir para a superação das dificuldades na realização do cuidado humanizado ao RN de risco ou prematuro?

Obrigado pela sua colaboração!

Não é necessário a sua identificação!

Florianópolis, _____ de _____ de 2013.

APÊNDICE 2

Parecer Consubstanciado do CEP

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE: PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pesquisador: ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20306513.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 444.651

Data da Relatoria: 18/10/2013

Apresentação do Projeto:

É uma pesquisa vinculada ao programa de mestrado profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do HU. Orientado por Ana Izabel Jatobá, orientanda Soraya Janine Ferreira. Trata-se de uma estudo de caráter qualitativo, tipo descritivo. Será desenvolvido na UTIN da Maternidade Carmela Dutra, com 30 profissionais de enfermagem. Terá como abordagem metodológica a Pesquisa Convergente Assistencial (FCA) e como referencial teórico as Políticas de Humanização do Ministério da Saúde voltados para a área neonatológica. A coleta de dados será realizada em duas etapas, sendo a primeira de entrevista semiestruturada e na segunda etapa serão realizados encontros coletivos com os sujeitos a fim de discutir os temas emergentes.

Objetivo da Pesquisa:

- Conhecer a percepção da equipe de enfermagem neonatal frente ao cuidado humanizado do RN grave ou potencialmente grave e suas implicações de acordo com a Política Nacional de Humanização.
- Estabelecer estratégias em conjunto com a equipe de enfermagem neonatal que contribuam para a realização do cuidado humanizado ao RN grave ou potencialmente grave de acordo com a orientação da Política Nacional de Humanização.
- Consolidar as Políticas de Humanização para a área neonatológica e construir estratégias com a

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep_mod@hctmail.com

Continuação do Parecer: 444.651

equipe de enfermagem para que isto aconteça.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos os pesquisadores indicam que é possível um constrangimento pelo fato de a pesquisa abordar elementos da prática profissional dos sujeitos. Como benefícios indica a consolidação das políticas de humanização propostas pelo Ministério da Saúde, assim como contribuir para a profissão e para a sociedade à medida que pretende aumentar a qualidade do cuidado prestado ao RN de risco e prematuro ampliando a efetivação da PNH em ambiente de UTIs Neonatais, bem como fortalecendo a área da enfermagem em neonatologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta-se bem estruturado, embasado cientificamente e com temática justificável. O texto é coerente e apresenta as informações necessárias para a análise ética. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória. Os sujeitos do estudo serão os profissionais da equipe de enfermagem que trabalham no período noturno e que desempenham suas atividades na UTIN da instituição. Como critérios de inclusão o profissional estar atuando no cuidado direto ao RN de risco e prematuro internados na UTIN da Maternidade Carmela Dutra, que estejam trabalhando no período da coleta de dados e que aceitem participar da pesquisa. A coleta será realizada através de duas etapas: - Primeira etapa: será realizado a entrevista semi-estruturada com dois sujeitos do estudo de cada plantão noturno através de sorteio, para conhecer a percepção destes sobre a PNH e o cuidado humanizado realizado. As entrevistas serão gravadas em áudio com a anuência dos sujeitos e posteriormente transcrito. - Segunda etapa: realização de encontros (mínimo de 4 encontros de uma hora e meia, com cada plantão noturno, totalizando no mínimo 12 encontros).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE, Termo de compromisso em atender a Resolução 466/2012, Autorização da Direção para realizar a pesquisa na MCD quando esta não for a proponente, Cronograma, Orçamento, Folha de Rosto, Autorização para filmagens e gravações.

Não apresenta autorização do Setor onde será desenvolvida a pesquisa e Termo de compromisso do pesquisador responsável em entregar uma cópia da pesquisa após a conclusão da mesma.

Recomendações:

Inserir declaração do serviço e termo de compromisso do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Declaração do serviço e termo de compromisso do pesquisador.

Endereço: Rua rmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (40)3251-7828

Fax: (48)3251 7828

E-mail: cep_mod@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 444.651

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 03 de Novembro de 2013

Assinador por:

Adriana Heberle

(Coordenador)

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Este estudo é parte da Dissertação do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, da Mestranda Soraya Jeanine Ferreira Pereira, sob orientação da Prof.^a Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza. Você está sendo convidado (a) a participar do estudo intitulado: **“O CUIDADO HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE: PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM”**. O mesmo será realizado na Maternidade Carmela Dutra do Estado de Santa Catarina, e tem como **objetivos**: Conhecer a percepção (facilidades e dificuldades) da equipe de enfermagem neonatal frente ao cuidado humanizado do RN grave ou potencialmente grave e suas implicações de acordo com a Política Nacional de Humanização e estabelecer estratégias em conjunto com a equipe de enfermagem neonatal que contribuam para a realização do cuidado humanizado ao RN grave ou potencialmente grave de acordo com a orientação da Política Nacional de Humanização.

Este estudo trará como contribuição a melhoria da organização e qualidade do cuidado aos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do hospital. Sua colaboração nesta atividade é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. A sua participação neste estudo consistirá em permitir que eu faça a observação e registro de sua prática diária, em participar de uma entrevista abordando sobre a humanização no cuidado de enfermagem, bem como participar de encontros em grupo a fim de refletirmos sobre as facilidades e dificuldades na realização do cuidado humanizado de acordo com a PNH. A observação de suas atividades acontecerá em dias a serem previamente agendados. As entrevistas serão áudio gravadas e posteriormente transcritas. Os encontros serão registrados em diário de campo e em todas as etapas seu nome e identificação pessoal serão

mantidos anônimos. Os dados serão manuseados apenas pela mestranda e sua orientadora e ficarão em posse das mesmas em lugar seguro por cinco anos, ao fim dos quais serão incinerados. As entrevistas serão agendadas previamente de forma a não interromper suas atividades, tanto quanto serão realizadas em lugar privativo. Se você não concordar em participar ou quiser desistir a qualquer momento isso não causará nenhum prejuízo. O presente estudo não apresenta riscos a sua saúde física, mas é possível “certo constrangimento” em função de estar abordando questões relacionadas a sua prática diária, bem como a observação desta. Caso isso aconteça, interromperemos a entrevista e conversaremos a respeito desta percepção e aguardaremos que suas emoções estejam reorganizadas. Na atividade a ser realizada em grupo é possível ocorrer inibição para expor-se no coletivo e caso isso aconteça solicitamos que você manifeste o interesse em opinar de forma por escrito a fim de diminuir seu constrangimento. Se você decidir participar, saiba que não haverá nenhuma compensação financeira e que para formalizar seu consentimento basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a proposta. Será entregue uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. As pesquisadoras comprometem-se no desenvolver da pesquisa a cumprir as determinações da Resolução nº 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Eu, _____ portador (a) da carteira de identidade, RG nº _____, nascido(a) em ____/____/____, no pleno vigor de minhas faculdades mentais, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a), da atividade mencionada. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

2. Minha participação é voluntária, isto é, a qualquer momento posso recusar-me a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento e que isto não trará qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

3. Não terei nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras com esta pesquisa.

4. Não haverá riscos a minha saúde física e que qualquer constrangimento sentido durante a entrevista será comunicada

diretamente a pesquisadora, implicando para comigo em uma escuta atenta diante da situação mencionada e que poderei manifestar-me por escrito se assim o desejar quando houver as atividades em grupo.

5. Minha participação neste estudo consistirá da observação de atividades que desempenho diariamente, em uma entrevista sobre o tema da pesquisa e na participação de encontros coletivos a fim de trabalhar os temas relacionados as dificuldades e facilidades na realização do cuidado humanizado.

6. Estou ciente de que, no decorrer do estudo, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar, posso e devo procurar a enfermeira pesquisadora responsável pelo estudo.

7. Tenho a liberdade de não participar ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico.

8. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e, em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.

9. Concordo e autorizo que sejam utilizados métodos alternativos para os procedimentos propostos, como por exemplo: gravador de voz e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Desta forma, assino o presente em 2 vias.

Assinatura do Participante da Pesquisa:

Agradeço antecipadamente!

Profª Doutora Ana Izabel Jatobá de Souza
Orientadora
Fone: (48) 37219480

Enfermeira Soraya Jeanine Ferreira Pereira

Mestranda

Maternidade Carmela Dutra

Fone residencial (48) 33646064 e celular (48) 91573131

Fone trabalho (48) 32517528 e (48) 32517599

E-mail: soraya.jeanine@gmail.com

Florianópolis, _____ de _____ de 2014.

APÊNDICE 4

Análise de Dados

O que você pode sugerir para a superação das dificuldades na realização do cuidado humanizado ao RN de risco ou prematuro?		
Informações na Íntegra	Codificação	Categorias
Melhorar a estrutura física, maior número de profissionais de saúde, materiais de boa qualidade e uma equipe humanizada em primeiro lugar. (A)	Estrutura física, maior número de profissionais, materiais de boa qualidade, equipe humanizada.	significados do cuidado humanizado, dificuldades na implementação do cuidado humanizado: construindo propostas para sua superação
Espaço físico adequado, condições de trabalho e melhor atuação da chefia (B)	espaço físico , condições de trabalho e melhor atuação da chefia.	
Melhorar a administração da chefia, funcionário com mais liberdade de expressão para poder falar. Distanciamento da chefia e medo dos funcionários em falar as coisas e se manifestar. Trabalho em conjunto, que hoje não existe!(C)	melhor atuação da chefia, liberdade de expressão, trabalho em conjunto.	
Mudança radical da chefia, porque a mudança tem que partir dela. Se a chefia não for correta, nada vai dar certo. A nossa não é boa! (D)	mudança radical da chefia.	
Mudar a chefia que não é amiga da gente, não fala com os funcionários. Existe uma divisão entre médicos, enfermeiros e técnicos, Humanização é tudo junto. Mudança no espaço físico. (E)	mudança chefia, divisão da equipe, mudança do espaço físico.	
Maior integração e harmonização da equipe médica e de enfermagem, participação ativa dos pais, melhora do espaço físico, mudança de atitude da chefia. (F)	Integração e harmonização da equipe, participação dos pais, espaço físico, mudança de atitude da chefia.	

Apêndice 5

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS E AÇÕES HUMANIZADORAS EM NEONATOLOGIA

A ideia de reunir em um manual, um conjunto de ações humanizadoras para o cuidado em neonatologia, para gerar conhecimento, tecnologia e atender as necessidades da prática profissional é inovador. Tal ação vem produzir impacto em maneiras melhores e mais efetivas de promoção do cuidado humanizado ao RN grave ou potencialmente grave, adequando-se a realidade da instituição.

A produção deste manual será um processo de construção coletiva com toda a equipe de enfermagem da UTIN, tendo como referencial teórico a PNH e as políticas públicas voltadas ao RN e sua família, e será incorporado na prática cotidiana da unidade. Para tal, é necessário estender a pesquisa em todos os períodos: diurno e noturno. Assim, através de novas trocas de experiências, novas reflexões e discussões, criaríamos um conjunto de ações humanizadoras em um ambiente favorável para trocas e interações prazerosas, afim de melhorar a qualidade do cuidado em neonatologia.